

**SEPELVALTIMOTAUTIPOTILAAN SAVUTTOMUUSOHJAUS JA
HOIDON LAATU POTILAAN NÄKÖKULMASTA
TERVEYSKESKUKSISSA**

**Pilvi Österman
Pro Gradu – tutkielma
Kansanterveystiede
Terveystieteiden
tiedekunta
Lääketieteen laitos
Itä-Suomen yliopisto
Tammikuu 2012**

ITÄ-SUOMEN YLIOPISTO**Terveystieteiden tiedekunta, lääketieteen laitos****Kansanterveystiede****ÖSTERMAN PILVI: Sepelvaltimotautipotilaan savuttomuusohjaus ja hoidon laatu potilaan näkökulmasta terveyskeskuksissa****Pro Gradu-tutkielma, 60 sivua ja 3 liitettä (14 s.)****Ohjaajat: FT Irma Nykänen ja FT Tiina Rissanen****Tammikuu 2012**

Avainsanat: Sepelvaltimotauti, tupakointi, tupakoinnin vieroitus, hoidon laatu, perusterveydenhuolto

Terveydenhuollon laadun kehittämisessä, hoitosuosituksen pyrkimyksenä, on ollut yhtenäistää annettua hoitoa kaikissa terveydenhuollon toimintayksiköissä. Käypä Hoito -suositukset ovat toimineet käytännön potilastyön hoidon laadun kehittämisen välineinä Suomessa. Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot: Käypä hoito -suosituksen (2006) mukaan savuttomuusohjaus Suomessa pitäisi toteuttaa kaikille tupakoiville potilaille järjestelmällisesti pääosin terveyskeskuksissa. Savuttomuushoidon laatu sekä vaikuttavuus perustuvat henkilöstön osaamiseen, asiakaskeksyyteen ja oikea-aikaisuuteen.

Käypä hoito -suosituksen mukaan hoitohenkilöstön tulisi keskustella tupakoinnista jokaisen tupakoivan potilaan kanssa, selvittää potilaan lopettamishalukkuus, kannustaa lopettamisessa ja tukea tarvittaessa lääkehoidoin. Potilaan tupakointitiedot tulee kirjata ja tietoja tulee päivittää vastaanottokäynneillä. Savuttomuushoidon toteutumista ja laatua koskevia tutkimuksia on Suomessa muutamia. Kahden aiemman tutkimuksen mukaan savuttomuushoitoon liittyvää tietoa dokumentoidaan niukasti terveyskeskuksissa.

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää sepelvaltimotautipotilaille annettua savuttomuusohjausta terveyskeskuksissa sekä hoidon yleistä laatua terveyskeskuksessa potilaan näkökulmasta. Savuttomuushoidon laadukkaan toteuttamisen lähtökohtana ovat potilaan tupakointitiedot ja niiden dokumentoiminen potilaskertomukseen hoidon suunnittelemiseksi, toteuttamiseksi ja seuraamiseksi. Tutkimuksen aineisto kerättiin perusterveydenhuollosta kyselyjen avulla liittyen European Practice Assessment of Cardiovascular Risk Management (EPA-Cardio)- projektiin, joka toteutettiin 15 suomalaisessa terveyskeskuksessa vuonna 2008. Tutkimukseen osallistuneilta (n=264) 45 % sepelvaltimotautipotilailta (n=119) puuttuivat tupakointitiedot kokonaan potilasasiakirjoista. Potilaat sen sijaan olivat tyytyväisiä yleiseen hoidon laatuun terveyskeskuksessa.

Tutkimuksen mukaan savuttomuushoidon tiedon laadussa oli puutteita; tupakointitiedot oli kirjattu puutteellisesti potilastietoihin. Tutkimuksen johtopäätöksenä todetaan, että savuttomuushoidon laadun kehittämiseen tarvitaan yhtenäisiä laatumittareita, jotka tulisi laatia Käypä Hoito -suositusten pohjalta jokaiseen perusterveydenhuollon toimintayksikköön ja joiden seuranta on osa yleistä terveydenhuollon toimintayksikön hoidon laadun ja vaikuttavuuden arviointia.

UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND
Faculty of Health Sciences, School of Medicine
Public Health

ÖSTERMAN PILVI: Smoking guidance for patients with coronary artery disease and the quality of the care from patient perspective in the primary health care

Master's thesis, 60 pages, appendices 3 (14 pages)

Supervisors: PhD Irma Nykänen, PhD Tiina Rissanen

January 2012

Keywords: coronary artery disease, smoking, smoking cessation, quality of care, primary health care

The evidence-based care recommendations aim to unify the care given at all healthcare units. Evidence-based care recommendations have been used in developing the quality of patient care in Finland. The evidence-based care recommendation for smoking cessation (2006) aimed at patients who smoke assigns responsibility for smoking cessation programmes primarily to primary healthcare units. Smoking cessation programmes are to be implemented in a systematic manner for all patients who smoke. The quality and effectiveness of the smoking cessation programme depends on skilled healthcare personnel, patient-centeredness and timely guidance.

According to the recommendation, healthcare personnel should discuss smoking with every smoker, encourage cessation and support cessation with medication when necessary. In addition, they should document the patient's smoking information and update the information during the following visits. There are few studies in Finland on the implementation and quality of care of smoking cessation programmes. According to two previous studies there is a lack of documentation of the information relating to smoking cessation programmes.

The aim of this study was to examine smoking cessation programmes given to patients with coronary artery disease (n=246) in primary health care programmes. In addition, the study aimed to examine the quality of the care in the health centre from the patients' perspective. High quality smoking cessation programmes depend on asking about a patient's smoking status and documenting that information. This information enables the planning, implementing and following up a smoking cessation intervention. The data were collected from 15 primary health care units in Finland that had been part of a larger project - The European Practice Assessment of Cardiovascular Risk Management (EPA-Cardio) - in 2008. The data were analyzed with statistical methods. The patient records of over half of the patients within the study (55%) included a note on the smoking status. Smoking information was completely missing from the medical records of 119 (45%) patients. On the other hand, patients generally reported being satisfied with the care given at the health care centre.

The results suggest that there were gaps in the quality of information on smoking cessation. As a conclusion, the study suggests that uniform measures for measuring the quality of smoking cessation programmes are needed, which should be developed based on evidence-based recommendations for each health care unit in the primary health care in Finland. The evaluation of the effectiveness of the smoking cessation programmes should be part of the health care quality and assessment in every health care unit.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 SEPELVALTIMOTAUTI.....	7
2.1 Sepelvaltimotaudin ehkäisy ja hoito	7
2.2 Sepelvaltimotaudin ilmaantuvuus ja esiintyvyys Suomessa.....	8
2.3 Tupakointi sepelvaltimotaudin riskitekijänä.....	10
3 VÄESTÖN TUPAKOINTI SEKÄ SEN TERVEYSHAITAT.....	11
3.1 Tupakointi globaalina terveyshaittana.....	11
3.2 Tupakointi Suomessa	11
3.3 Nikotiiniriippuvuus	13
3.4 Tupakoinnin terveyshaitat.....	14
3.5 Tupakoinnin yhteys kuolleisuuteen	15
4 SAVUTTOMUUSOHJAUS TERVEYDENHUOLLOSSA SUOMESSA.....	17
4.1 Savuttomuushoitosisustus Suomessa.....	17
4.2 Savuttomuushoitokeinot Suomessa.....	17
4.3 Savuttomuushoidon toteutuminen Suomessa	19
5 TERVEYDENHUOLLON HOIDON LAATU SUOMESSA.....	21
5.1 Näkökulmia hoidon laatuun.....	23
5.2 Hoidon laatu asiakkaan näkökulmasta	24
5.3 Potilasasiakirjojen tiedon laatu terveydenhuollossa	24
6 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET	27
7 TUTKIMUSAINESTO JA – MENETELMÄT	28
8 TULOKSET	30
8.1 Savuttomuushoidon toteutuminen.....	30
8.2 Tulokset potilaan täyttämästä hoidon arviointikyselystä.....	31
9 POHDINTA	34
9.1 Tupakointitietojen yleisyys ja kirjaaminen	34
9.2 Hoidon laatu.....	35
9.3 Tutkimuksen luotettavuus	37
10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSAIHEET	39
LÄHTEET.....	40
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Sydäntaudeista sepelvaltimotauti on kehittyneiden maiden väestön yleisin kuolinsyy. Myös Suomessa sepelvaltimotauti on väestön johtava kuolinsyy ehkäisevistä toimenpiteistä sekä hoidon kehittymisestä huolimatta. (KTL 2008, Tilastokeskus 2011) Useissa väestötutkimuksissa on osoitettu tupakoinnin merkitys keskeisenä sydänsairauksien riskitekijänä (Ambrose & Rajat 2004, Doll ym. 2004, Ezzati & Lopez 2004, Bullen 2008, Clarke ym. 2009, Ferrie ym. 2009, Gruer ym. 2009).

Tupakka onkin sepelvaltimotautiriskitekijöistä merkittävin yksittäinen riskitekijä, johon ehkäisevät toimenpiteet tulisi kohdentaa (Ambrose & Rajat 2004, Erhardt 2009). Tupakoinnin lopettaminen on keskeisintä sydäntaudin hoidon ja ennusteen kannalta (Pipe ym. 2010, Ratchford & Black 2011). Savuttomuusohjaus ja onnistunut tupakasta vieroitushoito tarjoavat laajimmat mahdolliset hyödyt sepelvaltimotaudin ennusteen ja hoidon kannalta (Erhardt 2009, Pipe ym. 2010, Ratchford & Black 2011).

Tupakointi on edelleen hyvin yleistä sepelvaltimotautia sairastavien keskuudessa, huolimatta taudin hoidon viimeaikaisesta painottumisesta sekundaaripreventioon ja erityisesti elintapaohjaukseen (EUROASPIRE II and II Study Group 2001). EUROASPIRE II-tutkimuksen (2001) mukaan jopa 22 prosenttia suomalaisista sepelvaltimotautipotilaista tupakoi.

Suomessa kansansairauksien ehkäisy (primaaripreventio), pitkäaikaissairauksien seuranta ja hoito (sekundaaripreventio) ja pitempään sairastaneiden kohdalla sairaudesta aiheutuvien haittojen lieventäminen (tertiaripreventio) ovat pääasiallisesti perusterveydenhuollon vastuulla. Terveyskeskustyössä painopisteenä ovat sairauksien pahenemisen ehkäiseminen osana sairaanhoitoa ja pitkäaikaissairaiden seurantaa. Terveysdenhuollon näkökulmasta tupakointi katsotaan päihderiippuvuudeksi, johon voidaan vaikuttaa primääri-, sekundaari- ja tertiariprevention keinoin. Savuttomuushoidon laadun kehittämisessä avainasemassa on ollut Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot: Käypä hoito-suositus, (2006) joka ohjeistaa terveydenhuollon henkilöstöä tupakointiin puuttumisessa, sen mukaan savuttomuusohjaus on perusterveydenhuollon vastuulla. Terveyskeskusten tulisi antaa järjestelmällisesti terveysneuvontaa tupakoinnin vähentämiseksi kaikille tupakoiville potilaille.

Käypä Hoito -suosituksessa veloitetaan hoitohenkilöstöä keskustelemaan potilaan kanssa tupakoinnista, kannustamaan lopettamisessa ja tukemaan myös lääkeshoidon tupakoinnin lopettamisessa, kirjaamaan hoidon kannalta keskeiset tiedot sekä kontrolloimaan riskitekijöitä. (Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot: Käypä hoito –suositus, 2006)

Savuttomuushoidon laatua ja toteutumista on Suomessa toistaiseksi tutkittu vähän. Kahden aikaisemman tutkimuksen mukaan potilasasiakirjojen tupakointitiedot ovat olleet puutteellisia (Häyrynen 2009, Häyrynen ja Saranto 2010). Hoidon potilasasiakirjojen tiedon laatu on myös eräs keskeisistä terveydenhuollon hoidon laadun mittareista savuttomuushoidon laatua arvioitaessa (Pekurinen 2008).

Tämän tutkimuksen tavoitteena on selvittää sepelvaltimotautipotilaille terveyskeskuksissa annettua tupakoinnin lopettamiseen liittyvää ohjausta ja hoitoa sekä sen dokumentointia sekä hoidon yleistä laatua potilaan näkökulmasta. Tämä tutkimus on osa European Practice Assessment of Cardiovascular Risk Management (EPA-Cardio) -projektia, joka toteutettiin vuosina 2005–2009 kymmenessä maassa Euroopassa. Tutkimuksen aineisto kerättiin 15 terveyskeskuksesta Suomessa vuonna 2008.

2 SEPELVALTIMOTAUTI

2.1 Sepelvaltimotaudin ehkäisy ja hoito

Sepelvaltimotauti johtuu sydänlihaksen hapensaannista ja sen hapetuksesta ja ravitsemuksesta huolehtivien sepelvaltimoiden ahtautumisesta valtimotaudin (ateroskleroosi) seurauksena. Sepelvaltimotaudin ilmenemismuotoja ovat krooninen sepelvaltimotauti ja akuutti sepelvaltimo-oireyhtymä. Sepelvaltimotaudin hoitoon kuuluvat erilaiset valtimotaudin etenemistä ehkäisevät toimenpiteet. Sepelvaltimotaudin etenemistä voidaan tehokkaasti ehkäistä kiinnittämällä huomio valtimotautia lisääviin riskitekijöihin, joista tärkeimmät ovat tupakointi, kohonnut verenpaine ja kohonnut veren kolesteroliarvo. (Mustajoki 2009)

Terveyskeskuksilla on merkittävä asema sekä sepelvaltimotaudin ennaltaehkäisyssä että taudin vaaratekijöiden vähentämiseen pyrkivässä työssä. Terveyskeskukset huolehtivat erikoissairaanhoidossa aloitetun sepelvaltimotaudin hoidon jatkoseurannasta ja potilaiden kuntoutuksesta tautiin liittyvien äkillisten tapahtumien jälkeen. (Tierala 2001) Potilaiden neuvonta ja elintapaohjaus tulisi aloittaa jo sairaalahoidon aikana. Etenkin tupakoinnin lopettamiseen tähtäävän ohjauksen on todettu olevan tehokasta sairaalahoitajakson yhteydessä (Quist-Paulsen & Gallefors 2003).

Sepelvaltimotautikohtaus: Käypä hoito-suosituksen (2009) mukaan pitkäaikaisseuranta (sekundaaripreventio) tasapainossa olevan sepelvaltimotaudin hoidossa painottuu elintapamuutosten ja lääkehoidon seurantaan. Sepelvaltimotautipotilaan jatkoseuranta tulisi toteuttaa yksilöllisten tarpeiden mukaisesti huomioiden potilaan elintapojen vaikutus sairauden hoitoon. Sepelvaltimotaudin vaaratekijöihin (tupakointi, rasva-aineenvaihdunnan häiriöt, kohonnut verenpaine ja diabetes) on pyrittävä vaikuttamaan mahdollisimman varhain ja mahdollisimman tehokkaasti. (Sepelvaltimotautikohtaus: Käypä hoito-suositus, 2009)

Jälkitarkastuskäynnillä keskeisiä tarkastelukohteita tulisivat olla potilaan vointi sekä mahdollisesti tehdyn toimenpiteen tuloksen arviointi, sepelvaltimotaudin vaaratekijät ja niiden hoito, lääkitys, työkyky ja sen arviointi sekä kuntoutustarve. Mahdollisen depression havaitsemiseen ja hoidon aloittamiseen pyritään osana sairauden sekundaaripreventiota, koska sillä on vaikutus taudin hoitoon ja ennusteeseen. (Sepelvaltimotautikohtaus: Käypä hoito-suositus, 2009)

Hartikainen ym. (2006) selvittivät tutkimuksessaan lääkäreiden asenteita sydäntautiriskitekijöiden hoidossa sekä lääkäreiden potilaalle antamaa ohjausta sydäntautiriskeistä. Tutkimus toteutettiin postikyselynä, johon vastasi 1251 lääkäriä (50 %) ja vastaukset jakautuivat kattavasti koko maahan sairaanhoitopiireittäin. Vastanneista lääkäreistä 1150 toimi terveyskeskuksissa, 81 työterveydenhuollossa ja 53 yksityisessä terveydenhuollossa. Puolet vastanneista lääkäreistä arvioi vastaanotolla käyvän viidestä kymmeneen sepelvaltimotautipotilasta viikoittain ja neljännes arvioi vastaanotolla käyvän viikoittain yli kymmenen sepelvaltimotautipotilasta. Puolet vastanneista arvioi vastaanotollaan käyvistä sepelvaltimotautipotilaista 15–25 prosentin tupakoivan. Tutkimuksesta ilmeni, että lääkärit pitävät tupakointia tärkeimpänä sydäntautiriskitekijänä. Lääkärit tiedustelevat potilaan tupakointia, savukkeiden määrää sekä arvioivat tupakkariippuvuutta. Tutkimukseen osallistuneista lääkäreistä kaksi kolmasosaa suositteli potilaalle nikotiinikorvaushoitoa ja kolmannes oli määrännyt potilaalle myös lääkehoitoa tupakkariippuvuuden hoitoon. (Hartikainen ym. 2006)

Sepelvaltimotaudin hoidon laatua Suomessa on selvitetty osana 15 Euroopan maan EUROASPIRE I, ja II – tutkimuksia. EUROASPIRE I ja II – tutkimuksissa vuosina 1995–1996 ja 1999–2000 tutkittiin sepelvaltimotautipotilaiden riskitekijöitä potilaskertomustietojen sekä potilashaastattelujen avulla. Suomesta kerätyn aineiston mukaan 13 prosenttia sepelvaltimotautipotilaista (n=53) tupakoi ensimmäisessä tutkimuksessa ja toisessa tutkimuksessa tupakoivia sepelvaltimotautipotilaita oli 22 prosenttia (n=75). EUROASPIRE III -tutkimus vuosina 2006–2007 käsitti kaikkiaan 22 Euroopan maata. Suomalaisten sepelvaltimotautipotilaiden tupakointi oli miehillä 14 prosenttia ja naisilla hieman yli seitsemän prosenttia (Kotseva ym. 2009).

2.2 Sepelvaltimotaudin ilmaantuvuus ja esiintyvyys Suomessa

Sepelvaltimotaudin vallitsevuus on kasvanut maassamme, joten se on johtanut hoidon tarpeen lisääntymiseen väestössä. Sepelvaltimotaudin ilmaantuvuushuippu on siirtynyt 50-vuotiaista miehistä yli 65-vuotiaisiin naisiin. Lehdon ym. (2007) mukaan sydäninfarkti ja sen ilmaantuvuus ovat vähentyneet yli 55-vuotiailla naisilla hitaammin kuin vastaavan ikäisillä miehillä. (KTL 2008) Sepelvaltimotautiin erityiskorvattavana lääkkeitä sai runsaat 105 000 potilasta vuonna 2007. (Taulukko 1) Työikäisiä näistä potilaista oli lähes 80 prosenttia. Työikäisten naisten osuus potilaista oli 32 prosenttia ja työikäisten miesten 47 prosenttia. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2011)

Taulukko 1 Sepelvaltimotautilääkkeiden erityiskorvattavuus vuonna 2007 (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2011)

Ikäryhmä	Naiset	Miehet
35–44	209	939
45–54	1667	7204
55–64	8915	26 026
65–74	22 929	37 557
Yhteensä	33 720	71726

Vaikka sepelvaltimotauti on yleisempi iäkkäämmillä, on työikäisillä sepelvaltimotautiin sairastumisella huomattava vaikutus työkykyyn ja työkyvyn ennusteeseen. Etenkin työikäisten kohdalla tupakoinnin lopettamiseen tähtäävät toimet työterveyshuollossa ovat keskeisellä sijalla työkykyä ylläpitävässä ja kuntouttavassa toiminnassa. Sandströmin ym. (2010) mukaan tupakoinnin lopettamisella olisi mahdollista säästää yli 60 prosenttia odotetuista työvuosien menetyksistä (1,6 työvuotta). (KTL 2008)

Suomi oli vielä 1960-luvulla johtava maa keski-ikäisten miesten sepelvaltimotautikuolleisuudessa. Suomessa on onnistuttu vähentämään sepelvaltimotautikuolleisuutta kaikissa ikäryhmissä vaikuttamalla riskitekijöihin ja käyttöönottamalla uusia hoitokeinoja. Myös sepelvaltimotaudin kohtaustappavuus on vähentynyt Suomessa 1980-luvulta lähtien, mikä kertoo hoitomenetelmien kehittymisestä. Vuonna 1964 miesten sepelvaltimotauti kuolleisuus oli korkeimmillaan maassamme, hieman yli 500 henkilöä 100 000 asukasta kohden. Miesten sepelvaltimotauti kuolleisuus oli vähentynyt noin neljännekseen korkeimmasta tasosta 2000-luvun alkuun tultaessa. (KTL 2008) Yhä edelleen sepelvaltimotauti on kuitenkin yleisin kuolinsyy Suomessa. Tilastokeskuksen mukaan vuonna 2009 iskeemisiin sydäntauteihin (ICD-10 luokituksessa I20–I25) kuoli yhteensä 11 534 henkilöä, heistä yli 65-vuotiaita oli 10 209 ja työikäisiä (15–64-vuotiaita) oli 1325.

Työikäisten vakavien sepelvaltimotautikohtausten ilmaantuvuus on laskenut parin prosentin verran vuodessa viime vuosien aikana, kuitenkin sepelvaltimotauti on etenkin työikäisten miesten toiseksi yleisin kuolinsyy vuonna 2006. Työikäisten miesten kuolleisuus iskeemisiin sydäntauteihin on 63 henkilöä sataatuhatta henkeä kohden. Työikäisillä naisilla vastaava luku on kymmenen henkilöä sataatuhatta henkeä kohti. Työikäisten sepelvaltimotautikuolleisuudessa on myös suuria alueellisia eroja (Tilastokeskus 2011).

Alhaisin kuolleisuus miehillä on Pohjanmaalla ja korkein Kainuussa ja Etelä-Savossa. Naisilla alhaisin kuolleisuus on Itä-Uusimaalla ja Kymenlaaksossa ja korkein Päijät-Hämeessä ja Kainuussa. (Tilastokeskus 2011). Alueelliset erot ovat kavenneet koko maassa 65 -vuotta täyttäneillä, joilla kuolleisuus on reilut 1100 henkeä sataatuhatta henkeä kohden, vain Uusimaalla, Itä-Uusimaalla ja pääkaupunkiseudulla päästään kuolleisuus luvuissa hieman alle 1000 henkilöä per 100 000. (Tilastokeskus 2011)

2.3 Tupakointi sepelvaltimotaudin riskitekijänä

Tupakoinnin yhteys sydän- ja verisuonitauteihin on todennettu lukuisissa kansainvälisissä tutkimuksissa (Ambrose ym. 2004, Doll ym. 2004, Clarke ym. 2009, Ferrie ym. 2009, Gruer ym. 2009). Tupakointi on tärkein yksittäinen, ehkäistävissä oleva sydänsairauksien riskitekijä. Tupakointi edistää sepelvaltimotaudin kehittymistä ja vaikuttaa altistumisen jatkuessa merkittävästi todetun taudin hoidon ennustetta heikentävästi. Tupakoinnin lopettaminen vaikuttaa merkittävästi myös sepelvaltimotaudin ennusteeseen (Mustonen ym. 2004, Erhardt 2009).

Maddoxin ym. (1997) tutkimuksen mukaan yhdellä viidestä vuoden sisällä infarktin sairastaneesta potilaasta rintakipu oireisto uusiutuu jopa vuoden sisällä sydäntapahtumasta. Oireiston uusiutumisen ilmaantuvuuteen olennaisesti oli yhteydessä sepelvaltimotautiin sairastumisesta huolimatta jatkunut tupakointi. Johtopäätöksissä todetaan, että on erittäin keskeistä suunnata tupakoinnin vieroittamiseen tähtäävää ohjausta infarktipotilaiden savuttomuuden tavoittelemiseksi. Tupakoinnin lopettaminen tulisi nostaa sepelvaltimotaudin sekundaaripreventiossa etualalle (Frey ym. 2011).

Myös passiivinen tupakointi ja ympäristön tupakansavulle altistuminen lisäävät sepelvaltimotautiriskiä. Passiivinen tupakointi lisää sepelvaltimotaudin riskiä 25 prosenttia (He ym. 1999). Puolison tupakointi lisää toisen puolison sepelvaltimotautikuolleisuutta ja infarktin ilmaantuvuuden riskiä 30 prosenttia (Law ym. 1997).

3 VÄESTÖN TUPAKOINTI SEKÄ SEN TERVEYSHAITAT

3.1 Tupakointi globaalina terveyshahtana

WHO:n (2009) mukaan tupakka on merkittävin niistä väestön terveysuhkista, joita ihmiskunta on kohdannut. Tupakka on myös merkittävin ehkäistävissä oleva terveyshahta ennenaikaisen kuoleman suhteen. Maailmassa on noin miljardi tupakoitsijaa, joista 80 prosenttia asuu alhaisen elintason maassa. Tupakka tappaa vuosittain arviolta viisi miljoonaa ihmistä, joista suurin osa asuu alhaisen tai keskitason toimeentulon maissa. Arviolta puolet tupakan käyttäjistä menehtyy erilaisten tupakointiin liittyvien sairauksien takia. WHO:n (2009) mukaan vain kahdeksalla prosentilla maailman väestöstä on saatavilla tupakanvieroitusohjelmia.

Tupakkatuotteiden kokonaiskulutus on kasvussa maailmalla, vaikkakin niiden käyttö on ollut laskussa korkean elintason maissa. Yksistään Amerikassa on 45 miljoonaa tällä hetkellä tupakoivaa, mikä on noin 20 prosenttia maan aikuisväestöstä. Amerikassa vain kolme prosenttia tupakoitsijoista onnistuu lopettamisessa vuosittain. Tupakoinnin esiintyvyys ei Amerikassa ole juurikaan laskenut, koska uusia tupakoijia ilmaantuu lähes yhtä paljon, kuin vuosittain tupakointinsa lopettavia. Tupakointi tappaa lähes 450 000 amerikkalaista, aiheuttaen yhden viidestä kuolemantapauksesta vuosittain. (Ratchford & Black 2011)

Tupakkaan liittyvä kuolleisuus on vaarassa kasvaa viidestä miljoonasta kahdeksaan miljoonaan vuoteen 2030 mennessä, ellei maailmalla ryhdytä tupakointia hillitseviin toimenpiteisiin. Vuonna 2008 tupakkalakien piiriin saatettiin 154 miljoonaa ihmistä alhaisen ja keskitason tuloluokan maista. (WHO 2009). WHO on edistänyt tupakan kulutuksen valvonnan lisäämistä maailmassa. WHO:n tupakoinnin torjuntaa koskeva puitesopimus (WHO FCTC) on ensimmäinen kansanterveyteen liittyvä kansainvälinen sopimus, joka asettaa yhtenäiset maailmanlaajuiset periaatteet tupakoinnin vähentämiseksi. Suomi on sitoutunut tupakoinnin rajoittamisen puitesopimuksen tavoitteisiin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011).

3.2 Tupakointi Suomessa

Tupakointi on WHO:n (2009) mukaan vähentynyt viime vuosina teollistuneissa maissa selvästi. Väestön elintapoja mittaavien tutkimusten mukaan tupakointi on vähentynyt

Suomessa tasaisesti vuodesta 1978 vuoteen 2009, jolloin viidennes väestöstä tupakoi päivittäin. Vuonna 2009 suomalaisista aikuisista miehistä tupakoivia oli 22 prosenttia, naisista 16 prosenttia (Tilastokeskus 2011). Eläkeikäisten miesten päivittäistupakointi on vähentynyt vähitellen vuosien 1985–2007 välisenä aikana. Vuonna 2007 tupakoi päivittäin 65–84-vuotiaista miehistä 11 prosenttia ja naisista viisi prosenttia. Nuorimmista, 65–69-vuotiaista miehistä vuonna 2007 tupakoi 17 prosenttia ja vastaavanikäisistä naisista kymmenen prosenttia. (Laitalainen ym. 2008)

Tupakoinnilla ja koulutustasolla on yhteys. Tupakointi näyttäisi olevan yhä enenevässä määrin alemman koulutustason indikaattori ja tätä kautta yksi suurimmista esteistä terveyserojen kaventamisessa (Sandström ym. 2009). Alimpaan koulutusryhmään kuuluvat, joilla on lähinnä perustason koulutustausta, tupakoivat eniten, naisista lähes 30 prosenttia ja miehistä lähes 40 prosenttia tupakoi päivittäin. Ylimpään koulutusryhmään (ammatilliset tutkinnot ja korkeakoulututkinnot) kuuluvien päivittäistupakointi on jopa 20 prosenttiyksikköä vähäisempää, miehillä alle 20 prosenttia ja naisilla noin kymmenen prosenttia.

Tupakoinnistaan huolestuneiden määrä on tasaisesti kasvanut 2000-luvulla. Viimeksi kuluneen vuoden aikana tupakoinnin lopettamisyrityksen tehneiden osuus päivittäin tupakoivista oli naisilla 42 prosenttia ja miehillä 36 prosenttia. Päivittäin tupakoivista miehistä 77 prosenttia ja 86 prosenttia naisista oli huolissaan tupakoinnin terveyshaitoista. Tupakoivista miehistä 57 prosenttia ja naisista 60 prosenttia haluaisi lopettaa tupakoinnin kokonaan. (Helakorpi ym. 2009)

Vuonna 2004 tupakointiin liittyvien sairauksien (keuhkohtaumatauti, keuhkosityöpä, sydäninfarkti) välittömät terveydenhuollon hoitokustannukset (sairaaloiden vuodeosastohoito, avohoito, lääkkeet) olivat Suomessa väestötasolla arviolta 246 miljoonaa euroa. Kustannuksista säästyisi 85 prosenttia, jos kaikki tupakoitsijat lopettaisivat tupakoinnin. Lopettamisella säästyneiden kustannusten osuus on sitä suurempi, mitä nuorempana tupakointi lopetetaan, mutta vielä 60–64-vuotiailla lopettajilla odotetut säästöt ovat yli 70 prosenttia välittömistä hoitokustannuksista. (Sandström ym. 2009)

3.3 Nikotiiniriippuvuus

Tupakoinnin taustalla on nikotiiniriippuvuus, joka kehittyy usein jo nuoruudessa aloitetun tupakoinnin pohjalta, Suomessa tupakointi aloitetaan keskimäärin 14-vuotiaana. Tupakointi, Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot: Käypä hoito-suosituksen (2006) mukaan nikotiiniriippuvuus katsotaan sairaudeksi, johon lääkäri voi antaa lääketieteellistä hoitoa, ICD 10-luokituksessa nikotiiniriippuvuus merkitään koodilla F17. Nikotiiniriippuvuus on keskeinen tupakointiin liittyvä seikka, ilman sitä moni tupakoiva olisi lopettanut tupakointinsa, jo ennen fyysisten sairauksien ilmaantumista (Pietinalho 2003). Hoitoasenteissa onkin tärkeintä tunnistaa tupakointi terveysongelmaksi, eikä katsoa sen olevan potilaan tapa tai oma valinta. Tupakointia tulisi hoitaa päihderiippuvuutena potilaan yksilölliset tarpeet huomioiden. (Pietinalho 2003, Mustonen ym. 2004, Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot: Käypä hoito- suositus 2006, Pipe ym. 2010).

Nikotiiniriippuvuudessa on kysymys moniulotteisesta ongelmasta, jossa taustalla on neurobiologisia, psykologisia, molekyylibiologisia ja geneettisiä tekijöitä. Nikotiiniriippuvuus kehittyy sisään hengitetyn tupakansavun vaikutuksesta, aikaansaaden neuropsykologisen adaptaation, joka johtaa nikotiiniriippuvuuteen altistumisen jatkuessa (Pipe ym. 2010). Tupakoinnin jatkuessa säännöllisenä nikotiinireseptoreiden määrä lisääntyy ja niiden ominaisuudet muuttuvat. Neuroadaptaatiolla tarkoitetaan aivojen muuntumista vastaanottamaan ja käyttämään suurenevia annoksia nikotiinia. Ajan myötä nikotiinin sietokyky lisääntyy, jolloin nikotiinipitoisuuden aleneminen verenkierrossa johtaa vieroitusoireiden kehittymiseen. Nikotiinin puute toleranssin synnyttyä puolestaan johtaa stressihormonien pitoisuuden lisääntymiseen, joka liittyy vieroitusoireina ilmaantuviin jännittyneisyyteen, ärtyneisyyteen ja ahdistukseen. (Mustonen ym. 2004)

Nikotiini kulkeutuu tupakoidessa savun mukana keuhkoihin, josta se imeytyy keuhkoverenkierrosta elimistöön. Nikotiinin pääsy valtimoverenkiertoon takaa sen nopean pääsyn aivoverenkiertoon, josta se sitoutuu nikotiinikolinergisiin reseptoreihin, joita on useita eri alayksiköitä. Tärkeitä rakenteita nikotiiniriippuvuuden kannalta ovat aivojen niin kutsutut palkitsemisalueet kuten ventraalitegmentaalialue, nucleus accumbens ja amygdala, jotka aktivoituvat savukkeen polttamisen jälkeen. (Mustonen ym. 2004, Benowitz 2010).

3.4 Tupakoinnin terveyshaitat

Tupakan haitallisuus sydämelle selittyy sen ainesosien tervan ja kaasujen haitallisesta vaikutuksesta verenkiertoelimistöön. Tupakan kemialliset aineet elimistöön imeytyessään aiheuttavat verenkiertoelimistön toiminnan häiriöitä. Verisuonten sisäpinnan rakenteiden toimintaan kohdistuneissa tutkimuksissa havaittiin tupakan vaikuttavan monella tavoin verisuonten pintarakenteita vaurioittavasti. Verisuonten pintarakenteiden tehtävänä on ylläpitää suonten eheyttä, jäntevyyttä sekä ehkäistä tulehdusprosesseja niissä. Verisuonten pintarakenteiden vaurioituminen voi johtaa suonten vaillinaiseen laajenemiseen tai lisääntyneeseen supistumiseen, tukosesiasteisiin ja esiasteen tulehdusreaktioihin sekä solujen liikkasvuun valtimoiden seinillä. Nikotiini nostaa syketasoa ja siten verenpaineetaso nousee, jolloin sydämen työmäärä ja hapenkulutus lisääntyvät. Nikotiini supistaa lisäksi sepelvaltimoita vaikeuttaen sydänlihaksen hapensaantia. (Mustonen ym. 2004, Erhardt 2009)

Tupakointi edistää valtimoiden kovettumista etenkin sepelvaltimoissa, kaulavaltimoissa sekä vatsa-aortassa. Ahtaumat vatsa-aortassa lisäävät riskiä vatsa-aortan aneuryσμαan ja alaraajojen valtimonkovetustautiin. Tupakointi lisää veren kokonaiskolesterolipitoisuutta ja triglyseridejä sekä vaikuttaa haitallisesti HDL–LDL -suhteeseen. Veren HDL -pitoisuus laskee tupakoinnin vaikutuksesta ja LDL -pitoisuus nousee. Tupakan aiheuttama tukosriskin taustalla oleva mekanismi on tunnistettu. (Erhardt 2009) Tupakoinnin pääasialliset terveyshaitat kohdistuvat hengitys- ja verenkiertoelimistöön, mutta aiheuttavat toiminnanhäiriöitä muuallakin elimistössä tupakan karsinogeenisen vaikutuksen takia. Hengityselimistön limakalvon pintarakenteiden läpäisykyvyn lisääntyminen altistaa limakalvot allergeeneille, viruksille ja bakteereille sekä edistää tupakan karsinogeenien pääsyä elimistöön limakalvojen kautta. (Pietinalho 2003)

Tupakansavun ärsytyksen vaikutuksesta tulehdussolut lisääntyvät keuhkokudoksessa. Liman erityis lisääntyy limarauhasten koon kasvaessa ja pikarisolujen toiminnan kiihtyessä. Tulehdusherkkyyys lisääntyy tupakoivalla värekarvasolujen toiminnan ja alveolaaristen syöjäsolujen toiminnan häiriintyessä. (Pietinalho 2003) Valtimonkovetustauti on yhteydessä selkeästi tupakointiin (Mustonen ym. 2004). Keuhkoahaumatauti ja keuhkosityöpä ovat tunnetuimpia tupakointiin liittyviä keuhkosairauksia. Monet syöpäsairaudet muualla elimistössä liittyvät usein tupakointiin; suun- ja kaulanalueen syövät, munuais- ja virtsarakonsyövät, veri- ja imukudossyövät on yhdistetty tupakointiin. (Mustonen ym. 2004)

Muistisairaudet ovat lisääntyneet eliniän pidetessä ja tutkimuksin on pyritty selvittämään tupakoinnin osuutta aivoverenkierron häiriöiden taustalla. Anstey ym. (2007) arvioivat meta-analyysissään 19 prospektiivisen tutkimuksen avulla tupakoinnin ja dementian sekä tupakoinnin ja kognitiivisen toimintakyvyn laskun yhteyttä tutkimuksessa, jossa seuranta aika on ollut vähintään 12 kuukautta. Meta-analyysiin tuli reilut 26 000 osallistujaa, joita seurattiin dementian vuoksi 2–30 vuoden ajan sekä hieman yli 17 000 osallistujaa, joita seurattiin kognitiivisen toiminnan laskun takia, seuranta ajan ollessa kahdesta seitsemään vuotta. Tutkimukseen osallistuneiden keski-ikä oli 74 vuotta. Tupakoivilla oli tupakoimattomiin verrattuna 1,8-kertainen riski sairastua Alzheimerin tautiin, 1,8-kertainen riski vaskulaariseen dementiaan sekä 1,3-kertainen riski muuhun dementiaan. Tupakoimattomiin verrattuna tupakoivilla esiintyi jyrkempää laskua muistia mittavan testin pisteissä vuosittain seuranta-aikana. (Anstey ym. 2007)

3.5 Tupakoinnin yhteys kuolleisuuteen

Doll ym. (2004) pitkäaikaisseurantatutkimuksessaan havaitsivat tupakoinnin yhteyden ennenaikaiseen kuolleisuuteen. Tutkimuksen aineisto koostui englantilaisista lääkäreistä (n=34 439) seuranta-ajan ollessa 50 vuotta, vuosina 1951–2001. Elinikäinen tupakointi lisäsi ennenaikaisen kuoleman riskiä 50 prosenttia, tupakoimattomaan verrattuna. Lisäksi seuranta-ajan aikana havaittiin tupakoivien keski-ikä olevan keskimäärin kymmenen vuotta lyhyempi tupakoimattomaan verrattuna.

Tutkimuksessa havaittiin lisäksi, että yli 40-vuotiaan tupakoivan jokainen lykätty lopettamisvuosi lyhentää eliniänodotetta kolmella kuukaudella. Tutkimuksessa 1920-luvulla syntyneillä miehillä, joilla tupakointi oli alkanut varhain aikuisuudessa jatkuen läpi elämän, kolminkertaisti ikävakioidun kuolleisuuden. Tupakoinnin lopettaminen 50-vuotiaana puolitti vaaran ja tupakoinnin lopettaminen 30-vuotiaana vältti riskin lähes kokonaan. Tutkimustulokset osoittavat tupakoinnin olevan terveilläkin ihmisillä merkittävästi yhteydessä kuolleisuuteen ja odotettavan eliniän pituuteen. (Doll ym. 2004)

Jacobsin ym. (1999) tutkimuksessa oli 25-vuotisseurannassa mukana kahdeksan maata, joista muodostettiin 16 kohorttia, koostuen 40–59-vuotiaista miehistä Yhdysvalloista, Suomesta, Hollannista, Italiasta, Kroatiaista, Serbiasta, Kreikasta ja Japanista. Tutkimuksessa kuvattiin tupakoinnin annosriippuvaista riskiä kuolleisuuteen 25 vuoden seurannassa. Alle kymmenen savuketta päivässä tupakoivilla oli 1,3-kertainen riski kuolemaan tupakoimattomiin

verrattuna. Niillä tupakoivilla, jotka polttivat yli kymmenen savuketta päivässä, oli 1,8-kertainen riski kuolemaan tupakoimattomaan verrattuna. (Jacobs ym. 1999)

4 SAVUTTOMUUSOHJAUS TERVEYDENHUOLLOSSA SUOMESSA

4.1 Savuttomuushoitosuositus Suomessa

Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot: Käypä hoito -suosituksen (2006) tavoitteena on tehostaa tupakkariippuvuuden hoidon toteutumista ja laatua terveydenhuollossa. Suosituksessa tupakointiriippuvuus katsotaan lääketieteelliseksi ongelmaksi, riippuvuussairaudeksi. Valtaosa tupakoijista käy terveydenhuollon ammattilaisen vastaanotolla kerran tai useammin vuoden aikana jostain terveydellisestä syystä ja on osoitettu, että ammattilaisten antama tuki lopettamisyrityksessä on tehokas (Stead ym. 2008).

Tupakoinnin vieroitukseen tähtäävä hoito on Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot: Käypä hoito -suosituksen (2006) mukaan erityisesti perusterveydenhuollon vastuulla Suomessa. Tupakasta vieroituksen tulisi kuitenkin sisältyä terveydenhuollon toimintasuunnitelmaan sekä perus- että erikoissairaanhoidossa. Savuttomuushoito tulisi toteuttaa samoin periaattein jokaisessa terveydenhuollon toimintayksikössä ja hoitosuosituksen sisältö tulee tuntea jokaisessa terveydenhuollon toimintayksikössä.

Tupakasta vieroitus tulisi myös sitoa entistä tiiviimmin tupakoijan kokonaisarvioon niin, että se on kiinteä osa jokaisen potilaan hoitoa (Sandström ym. 2009). Käypä hoito -suosituksen (2006) mukaan kaikissa terveydenhuollon toimintayksiköissä on selvitettävä ja tunnettava potilaiden tupakointitavat, kehotettava tupakasta luopumiseen, suositeltava korvaushoitoa ja ohjattava tarvittaessa jatkohoitoon. Päävastuu vieroituksen järjestämisestä on perusterveydenhuollossa. Terveyskeskusten ja työterveyshuoltojen on hallittava ja organisoitava yksilöllinen vieroitushoito ja vieroitusryhmät ja ohjattava tarvittaessa jatkohoitoon tupakasta vieroitukseen perehtyneille osaajille kyseisissä toimintayksiköissä. (Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot: Käypä hoito -suositus, 2006)

4.2 Savuttomuushoitokeinot Suomessa

Savuttomuushoitosuositus Suomessa noudattaa kansainvälisiä linjauksia "**kuuden K:n**" periaatteella. Jokaiselta tupakoivalta tulee **kysyä ja keskustella** tupakoinnista ja **kirjata** tupakointistatus ja lopettamismotivaatio jokaisella käyntikerralla, **neuvoa** ja **kehottaa** jokaista tupakoivaa potilasta lopettamaan tupakointi, auttaa ja **kannustaa** tupakoivaa

lopettamisyrittäksessään vieroitushoitoa tarjoamalla ja tarjota seurantakäyntiä (**kontrolloida**) savuttomuuden tukemisessa. (Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot: Käypä hoitosuositus 2006, Aveyard & West 2007, Erhardt 2009, Papadakis ym. 2010, Ratchford & Black 2011). Meta-analyysi 17 kontrolloidusta kokeesta on antanut näyttöä terveydenhuollon henkilöstön antaman tupakoinnin lopettamiskehotuksen vaikuttavuudesta savuttomuuteen tukemisessa (Stead ym. 2008).

Vieroitusta tulisi tarjota kaikille tupakoiville potilaille, jotka sairastavat tupakasta johtuvia sairauksia tai joiden taudin kulkuun, hoitoon tai paranemiseen tupakointi vaikuttaa oleellisesti (Erhardt 2009, Pipe ym. 2010). Yleisimmin käytetty tupakanvieroitushoito on nikotiinikorvaus (laastari, tabletti, purukumi, nenäsuihke tai inhalaattori), joka korvaa tupakan nikotiiniannosta verenkierrossa ja vähentää vieroitusoireita elimistössä. Nikotiinikorvaushoito on osoittautunut tehokkaaksi runsaasti eli yli kymmenen savuketta päivässä polttavien kohdalla. Meta-analyysi yli sadasta kontrolloidusta kokeesta osoittaa, että nikotiinikorvaushoito on tehokas pitkän tähtäimen vieroituksessa (Stead ym. 2008).

Meta-analyysi kuudesta kontrolloidusta tutkimuksesta osoitti, että nikotiinilaastari yhdistettynä nopeasti saatavaan nikotiinikorvaushoitoon lisäsi pitkällä tähtäimellä korvaushoidon onnistumista (Silagy ym. 2004, Aveyard & West 2007). Sepelvaltimotautipotilailla nikotiinikorvaushoito on osoittautunut tehokkaaksi ja turvalliseksi savuttomuushoidoksi. Nikotiinikorvaushoito ei tutkimusnäytön mukaan näytä lisäävän sepelvaltimotauti potilaiden sydäntapahtumia (Erhardt 2009).

Tupakasta vieroituksessa auttavista lääkkeistä on Suomessa saatavilla lääkärin määräyksestä reseptivalmisteina bupropionia, varenikliinia, nortriptyliiniä ja klonidiinia. Bupropioni on antidepressantti, jota käytetään tupakasta vieroituksessa. Varenikliini on uudempi vieroituslääke, nikotiini-antagonisti, jonka sivuvaikutuksina ovat olleet painajaisunet, pahoinvointi, unettomuus ja päänsärky. Nortriptyliini on trisyklinen antidepressantti, joka on vähemmän vieroitushoidoissa käytetty lääke. Lääkettä suositellaan sivuvaikutustensa vuoksi varoen sydänpotilaille, se voi olla yliannosteltuna kuolemaan johtava. Yhdysvalloissa lääkettä suositellaan vain niille potilaille vieroitushoidoksi, joille muut lääkevaihtoehdot ovat vasta-aiheisia. Klonidiini on antihypertensiivisen vaikutuksen vuoksi matalan verenpaineen ja syöpäkivun oheishoidossa käytetty lääke, joka soveltuu myös vieroitushoitoon. (Erhardt 2009, Chandler & Rennard 2010)

Viimeaikaiset suositukset tähtäävät lääkehoidon ja kognitiivisen terapian yhdistämiseen vaikuttavuuteen tähtäävässä savuttomuushoidossa (Fiore ym. 2008, Jackson & Eagle 2010). Sepelvaltimotautipotilaiden riittäväkestoisen psykososiaalisen tuen (käyttäytymisterapia sekä puhelimitse annettu vieroitusohjaus sekä potilaalle annettava kirjallinen materiaali) vaikuttavuudesta savuttomuushoidossa on saatu tutkimusnäyttöä (Barth ym. 2008).

Sairaalahoitoon joutuneiden sydänpotilaiden (n=209) tupakasta vieroitusta koskevassa tutkimuksessa verrattiin vertailuryhmän ja tutkimusryhmän avulla hoidon yhteydessä annettua ohjausta (myös kirjallinen materiaali) ja intensiivistä interventiota, jossa yhdistyivät lääkehoito ja intensiiviohjaus (Mohiuddin ym. 2007). Tutkimusryhmän potilaat saivat intensiivistä ohjausta, joka yhdistettiin nikotiinikorvaushoitoon tai buprioniin, jonka potilas sai ilmaiseksi tutkimuksessa. Tutkimusryhmän potilaista 75 prosenttia alkoi käyttää lääkkeellistä vieroitushoitoa. Vertailuryhmä sai hoitoon normaalisti liittyvää elintapaohjausta. Tutkimusryhmässä tupakoinnin lopettamisprosentti oli kolmen kuukauden päästä 69, kun taas kontrolliryhmässä, joka sai ainoastaan elintapaohjausta, lopettamisprosentti oli 15. Tutkimusryhmässä lopettamisprosentti kahden vuoden seurannan jälkeen oli 33 ja kontrolliryhmässä yhdeksän prosenttia. Hoitojakson uusiutuminen kahden vuoden seurannassa oli tutkimusryhmässä 44 prosenttia pienempi kuin vertailuryhmässä. (Mohiuddin ym. 2007)

4.3 Savuttomuushoidon toteutuminen Suomessa

Hyvin laadittu hoitosuositus ei takaa hyvää hoitotulosta savuttomuuden hoidossa, elleivät palvelujärjestelmä, hoitohenkilöstön omat asenteet ja osaaminen ole kunnossa. Savuttomuuteen tukemisessa ensisijaista on potilaiden oma sitoutuminen hoitoon. Potilaan motivaatio ja oma tahto vaikuttavat savuttomuushoidon tuloksellisuuteen. Hoitosuosituksen ja kliinisten käytäntöjen väliin näyttää usein kuitenkin jäävän merkittävä kuilu (Papadakis ym. 2010). Lääkäreiden tietämys hoitosuosituksen sisällöstä on vaihdellut eri tutkimusten mukaan (Hartikainen ym. 2006, Kurko ym. 2009). Hokkisen ym. (2009) tutkimuksen mukaan lääkärit kokevat potilaan kanssa tupakoinnista keskustelemisen turhauttavana, koska annetun hoidon tuloksellisuudesta ei koeta saatavan riittävästi palautetta.

Hoitajien savuttomuushoidon osaamisessa havaittiin puutteita Pelkosen ja Kankkusen (2001) tutkimuksessa, jossa kyselyyn vastasi 705 sairaanhoitajaa ja 177 terveydenhoitajaa. Vastanneista hoitajista 67 prosenttia kertoi keskustelleensa potilaan kanssa tupakoinnista aina,

kun potilaalla oli jokin tupakointiin liittyvä sairaus. Kuusi prosenttia vastanneista hoitajista oli käyttänyt työkaluja nikotiiniriippuvuuden arvioimiseen. Hoitajat kokivat onnistuvansa tyydyttävästi luottamuksellisen hoitoilmapiirin luomisessa sekä potilaan tupakoinnin lopettamismotivaation tunnistamisessa. Puolet hoitajista ei kuitenkaan uskonut neuvonnan ja tukemisen vaikuttavan potilaan tupakoinnin lopettamiseen. Hoitajat kokivat omaavansa puutteellisesti tietoa tupakoinnin vieroituskeinoista ja taitojen välistä hajontaa esiintyi laajalti. Tutkimuksen johtopäätöksissä korostettiin hoitajien koulutustarvetta savuttomuushoitoon liittyvässä osaamisessa. (Pelkonen & Kankkunen 2001)

Kurkon ym. (2009) kyselytutkimuksissa selvitettiin vuosina 2006 ja 2007 lääkäreille, terveydenhoitajille ja apteekkilaisille hoitosuosituksen tunnettavuutta eri ammattiryhmien keskuudessa. Tunnettavuuden kriteerinä käytettiin vastaajien omaa arviota siitä, että he olivat tutustuneet hoitosuositukseen huolellisesti tai pääpiirteissään. Apteekissa työskentelevät tunsivat hoitosuosituksen paremmin (45 %) kuin terveydenhoitajat (36 %) tai perusterveydenhuollon lääkärit (25 %). Mitä paremmin apteekkilaiset, lääkärit ja terveydenhoitajat tunsivat Käypä hoito -suosituksen, sen paremmin he toimivat suosituksen mukaisesti. Lääkäri ja tupakka sekä Terveystietä ja tupakka -tutkimuksissa osoitettiin, savuttomuushoitosuosituksen tuntemuksen olevan yhteydessä savuttomuushoidon toteutumiseen; 89 % hyvin hoitosuosituksiin tutustuneista lääkäreistä ja 84 % hoitajista piti tupakasta vieroitusta ammatillisena velvollisuutenaan. (Kurko ym. 2009)

5 TERVEYDENHUOLLON HOIDON LAATU SUOMESSA

Suomessa terveydenhuollon laadun kehittäminen käynnistyi järjestelmällisenä prosessina 1990-luvulta. Stakesin terveydenhuollon laatuneuvoston tavoitteena oli luoda laatupolitiikka terveydenhuoltoon vuosina 1993–1994. Tavoitteena oli aikaansaada terveydenhuoltoon laatua koskevat strategiset tavoitteet sekä ohjata terveydenhuollon toimijoita laadunkehittämisessä. (Outinen ym. 2007). Vuonna 1994 Stakes julkaisi terveydenhuollon laatupolitiikan ja suuntaviivat terveydenhuollon laadun jatkuvalla kehittämiselle (Mäkelä ym. 1994).

Vuonna 1995 julkaistiin sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallintasuositus, jossa laadunhallinnan korostettiin olevan osa arjen työtä, jonka lähtökohtana on asiakaskeskeisyys (Outinen ym. 1999). Vuonna 1998 laadunhallintasuositus uudistettiin. Asiakkaan asemaa ja tiedolla ohjaamista korostettiin edelleen ja siinä kannustettiin käynnistämään laatutyötä. Asiakas otettiin edelleen puutteellisesti huomioon sosiaali- ja terveydenhuollossa ja toimintayksiköiden sisäiset ja ulkoiset auditoinnit olivat edenneet hitaasti (Pekurinen ym. 2008).

Valtakunnallinen terveydenhuollon laadunhallintasuositus päivitettiin vuonna 1999 vastaamaan 2000-luvun tarpeisiin terveydenhuollossa (Outinen ym. 1999). Tarkoituksena oli edistää laadunkehittämistä etenkin ehkäisevässä toiminnassa. Laadun kehittämisen näkökulmina vahvistuivat asiakaslähtöisyys, palvelutoiminnan kehittäminen laadunhallinnalla sekä laadun kehittämistyön käynnistäminen kaikilla sosiaali- ja terveydenhuollon alueilla. Työvälineiksi laadunhallintaan kehitettiin laatukriteerit hoidon vaikuttavuuden ja tuloksellisuuden arviointiin. Laadunkehittäminen terveydenhuollossa otti uuden vaiheen 2000-luvun vaihteessa, jolloin palvelukohtaiset laatusuosituksot, muun muassa ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit sekä terveyden edistämisen laatukriteerit otettiin käyttöön. (Pekurinen ym. 2008)

Käypä hoito- suositukset ovat potilashoidon laatua ohjaavia työkaluja terveydenhuollossa ja ne kehitettiin yhtenäistämään terveydenhuollossa annettavan hoidon laatua. Ne perustuvat tieteellisesti aikaansaatuun näyttöön ja niiden tarkoituksena on toimia valtakunnallisina hoitosuosituksina sekä perustana alueellisten hoitokäytäntöjen laatimiselle. Käypä hoito - suosituksia on laadittu Lääkäriseura Duodecim johdolla vuodesta 1994. Niitä on laadittu jo useita kymmeniä ja niitä päivitetään säännöllisesti. (Pekurinen ym. 2008)

Terveydenhuollon laadun kehittäminen Suomessa on edennyt kansallisen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelman, Kaste-ohjelman (2008–2011) avulla. Kaste-ohjelman tavoitteena on ollut perusterveydenhuollon toimintatapojen uudistaminen siten, että ne edistäisivät paremmin väestön terveyttä ja hyvinvointia. Systemaattiset potilastyytyväisyyskyselyt antavat arvokasta tietoa palvelujen laadusta ja saatavuudesta potilaan näkökulmasta. Kaste-ohjelman keskeisin tavoite onkin terveydenhuollon palvelujen vaikuttavuuden parantaminen. Kaste-ohjelman puitteissa tavoitteena on kehittää seurantajärjestelmä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen sekä kerätä vertailutietoa hoidon tuloksellisuuden seurantaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008)

Kaste-ohjelmaan liittyvä Toimiva terveyskeskus -toimenpideohjelma käynnistettiin vuonna 2008, sen sisältämät 24 toimenpidettä ohjaavat terveyskeskusten toimintaa ja kehittäminen tapahtuu vaiheittain vuosien 2009–2011 aikana. Toimiva terveyskeskus -ohjelman tavoitteena on ohjata ja tukea perusterveydenhuollon kehittämistä, siten että terveyskeskusten toiminnan perustana on terveyden edistäminen ja sairauksien ehkäisy. Ohjelma sisältää 39 toimenpidettä kolmessa teemassa, joista ensimmäinen on varhainen puuttuminen ja ongelmien ehkäiseminen, toinen henkilöstön ja osaamisen riittävyys ja kolmas eheät palvelukokonaisuudet ja vaikuttavat toimintamallit. (Kallinen-Kräkin 2009)

Toimenpideohjelmassa linjataan pitkäaikaissairauksien hoito ja seuranta terveyskeskuksissa siten, että jokaiselle pitkäaikaissairaalle terveyskeskuspotilaalle tulisi laatia hoitosuunnitelma. Sen seurannassa on olennaista sähköisen potilaskertomustiedon hallinta ja hyödyntäminen. Toimenpiteet ja linjaukset pyrkivät parantamaan ja edistämään terveyskeskusten toimivuutta käytäntöjen, hallinnon ja johtamisen, koulutuksen sekä tutkimuksen kehittämisen avulla. Keskeisiä perusterveydenhuollon toimivuutta edistäviä osa-alueita ovat palvelujen ohjaus ja palvelurakenteiden kehittäminen, potilaiden ja asiakkaiden hoitoon pääsy, terveydenhuollon henkilöstön saatavuus, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen yhteistyö (työnjako) sekä seuranta ja valvonta. (Kallinen-Kräkin 2009)

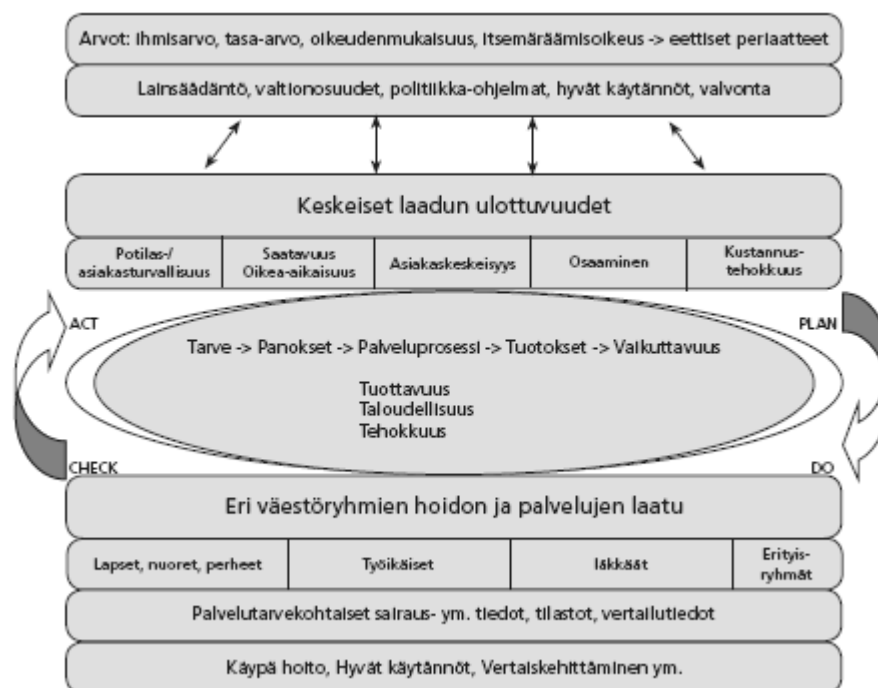
Terveydenedistäminen on keskiössä uudessa terveydenhuoltolaissa. Uusi terveydenhuoltolaki velvoittaa kuntia ottamaan väestöstrategioissaan paremmin huomioon väestön terveyden edistämisen. Terveydenedistäminen on lain mukaan sisällytettävä kaikkiin terveydenhuollon palveluihin, myös sairauden hoitoon niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossakin (Terveydenhuoltolaki 1326/2010).

5.1 Näkökulmia hoidon laatuun

Terveysthuollon laatu voidaan määritellä monin tavoin ja laatua voidaan tarkastella eri mittarein eri näkökulmista. Laadulla tarkoitetaan niistä piirteistä ja ominaisuuksista koostuvaa kokonaisuutta, johon perustuu palvelujärjestelmän, organisaation, tuotteen, palvelun tai tietyn prosessin kyky täyttää sille asetetut vaatimukset ja odotukset. Terveysthuollon hoidon laadun keskeiset osatekijät ovat potilasturvallisuus, palvelujen saatavuus ja oikea-aikaisuus, palvelujen antajien osaaminen sekä asiakastytytyväisyys. (Pekurinen ym. 2008)

Asiakkaan näkökulmasta hyvä laatu tarkoittaa tarpeisiin sopivaa palvelua, oikeaan aikaan ja oikeassa paikassa. Hyvälaatuinen palvelu perustuu myös parhaaseen saatavilla olevaan taitoon ja tietoon. Hyvälaatuksessa terveydenhuollossa palvelussa pyritään vaikuttavuuteen, eli hyvinvoinnin tuottamiseen, terveyden maksimointiin ja riskien vähentämiseen. (Pekurinen ym. 2008) (Kuvio 1)

Kuvio 1 Terveysthuollon laadun kehittämisen viitekehys (Pekurinen ym. 2008)



Asiakaskeskeisyydellä terveydenhuollossa tarkoitetaan ihmisen kunnioittamista ja itsemääräämisoikeutta palvelujen lähtökohtana. Terveysthuollossa käytetäänkin käsitettä "informed consent", jolla tarkoitetaan asiakkaan oikeutta saada riittävästi tietoa hoidostaan, jotta hän voi tehdä päätöksiä hoitonsa suunnittelemiseksi. Asiakkuusperiaate on olemassa

lainsäädännössä ja ilmenee myös laissa (785/1992) potilaan asemasta ja oikeuksista. (Pekurinen ym. 2008)

Terveystenhuollon laadun kehittämisessä Suomessa sairauskohtaisia tai kliinisiä terveydenhuollon laatuindikaattoreita ei ole toistaiseksi käytetty alueellisen tai organisaation toiminnan vaikuttavuuden seurannassa (Hämäläinen 2008). Toimiva terveyskeskus-ohjelman tavoitteena on kehittää terveyskeskuksen antamaa palvelua ja sen laatua toiminnan arvioinnin ja seurannan avulla (Kallinen-Kräkin 2009). Savuttomuushoitoon sepelvaltimotautipotilailla ei näin ollen myöskään löydy sairauskeskeisiä hoidon laatua mittaavia indikaattoreita. Käypä hoito -suositusten toteutumista ei siis systemaattisesti arvioida hoidon tuloksellisuuden ja laadun kehittämisen näkökulmasta terveydenhuollossa Suomessa.

5.2 Hoidon laatu asiakkaan näkökulmasta

Avohoidon asiakastyytyväisyyden mittaaminen käynnistyi Stakesin ja eri toimijoiden yhteistyössä vuonna 1995. Tällä hetkellä käytössä on kuusi erilaista terveyskeskuksen avovastaanoton asiakastyytyväisyyttä mittaavaa mittaria. (Pekurinen ym. 2008) Kaste-ohjelmassa mainitaan systemaattisen asiakastyytyväisyyden mittaamisen olevan yksi perusterveydenhuollon palvelujen laadun ja saatavuuden arvioinnin väline (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008).

Suomessa Raivio ym. (2008) ovat selvittäneet potilastyytyväisyyden mittaamista perusterveydenhuollossa laajalla terveyskeskuksista kerätyllä aineistolla (n=65), vuosina 1998–2001, 2003, 2005 sekä 2007. Reilut 127 000 potilasta vastasi kyselyyn, jossa selvitettiin terveyskeskuksessa annetun sairaanhoidon laatua ja palvelujen käytettävyyttä potilaan näkökulmasta. Vastanneiden keski-ikä oli 51 vuotta, naisia vastanneista oli 63 prosenttia. Tulokset potilaan kokemasta vastaanotolla annetusta hoidosta olivat positiivisia. Kouluarvosanan kymmenen antaneiden osuus vastaanottotoiminnalle vaihteli 39–56 prosentin välillä.

5.3 Potilasasiakirjojen tiedon laatu terveydenhuollossa

Potilaan hoidolla (terveyden- ja sairaanhoidolla) tarkoitetaan potilaan terveydentilan määrittämiseksi taikka hänen terveytensä palauttamiseksi tai ylläpitämiseksi tehtäviä

toimenpiteitä, joita suorittavat terveydenhuollon ammattihenkilöt tai joita suoritetaan terveydenhuollon toimintayksikössä (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 2 §).

Potilasasiakirjoilla tarkoitetaan potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettäviä, laadittuja tai saapuneita asiakirjoja taikka teknisiä tallenteita, jotka sisältävät potilaan terveydentilaa koskevia tai muita henkilökohtaisia tietoja. Potilasasiakirjoihin kuuluvat potilaskertomus ja myös siihen liittyvät asiakirjat, kuten lähetteet, laboratorio-, röntgen- ja tutkimustallenteet, -asiakirjat ja -lausunnot, konsultaatiovastaukset, tutkimuksen tai hoidon perusteella annetut todistukset ja lausunnot sekä muut potilaan hoidon järjestämisen ja toteuttamisen yhteydessä syntyneet tai muualta saadut tiedot ja asiakirjat. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009 7§)

Potilasasiakirjojen tiedon laatu on yksi potilaan laadukkaan hoidon edellytyksistä. Potilasasiakirjojen sisältämä tieto ei palvele vain potilaan hoidon toteuttamista ja annetun hoidon toteutumisen arviointia, vaan myös hoidon kehittämistä. Potilaan hoitoon liittyvän tietoon liittyvät myös potilaan oikeudet ja terveydenhuollon ammattihenkilöstön velvollisuudet. Hoidon laadun ja vaikuttavuuden näkökulmasta virheelliset tai vaillinaiset potilastiedot voivat johtaa väärin hoitopäätöksiin. Potilaan hoitokertomukseen tulee kirjata hoidon suunnitteluun ja seurantaan liittyvät seikat sekä myös perustelut, miksi näihin päätöksiin on hoidossa päädytty. (Pekurinen ym. 2008)

Suomessa terveydenhuollossa hoidon kirjaamisen laadussa on havaittu selkeitä puutteita, eikä kirjaaminen ole täyttänyt lain asettamia vaatimuksia. (Häyrinen & Saranto 2009). Suomessa on voimassa potilaan hoitotietojen kirjaamiseen velvoittava lainsäädäntö. Potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (785/1992) säädetään, että terveydenhuollon ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. Laki koskee kaikkia terveydenhuollon ammattihenkilöitä heidän antaessaan terveyden- ja sairaanhoitoa.

Potilasasiakirjojen tiedon laatu voidaan arvioida tiedon täsmällisyyden, virheettömyyden ja tarkkuuden, lainmukaisuuden, luotettavuuden, johdonmukaisuuden ja muodon perusteella. Häyrisen ja Sarannon (2009) katsauksen mukaan sähköinen potilaskertomus tukee tietojen täydellistä muotoa. Katsauksessa oli mukana kaksi tutkimusta, joissa tietojen lainmukaisuutta oli arvioitu, toisessa kyseessä olevassa tutkimuksessa potilastiedot täyttivät lainvaatimukset. Häyrinen ja Saranto (2009) toteavat potilaskertomustietojen laadun vaikuttavan potilaiden

hoitoon ja lisää potilasturvallisuutta. Johtopäätöksenä esitetään, että eri terveydenhuollon ammattihenkilöiden sähköiseen potilaskertomukseen tallentaman tiedon laatua tulisi arvioida ja olisikin tarkoituksenmukaista kehittää standardoitu menetelmä tiedon laadun arviointiin.

Päihteiden- ja alkoholinkäyttöön ja tupakointiin liittyviä tietoja on kirjattu vaihtelevasti sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa (Pringle ym. 1995, Rimpelä ym. 2009, Häyrynen 2010). Savuttomuushoidon laatua on tutkittu kuitenkin Suomessa niukasti. Häyrynen (2010) on tutkinut tiedon laadun näkökulmasta tupakointitietojen kirjaamista potilaskertomustietoihin erikoissairaanhoidossa. Tutkimuksen johtopäätöksenä todetaan, että erikoissairaanhoidossa lääkärit ovat kirjanneet tupakointiin ja alkoholinkäyttöön liittyviä tietoja vaihtelevasti eikä käytössä ole sovittuja yhtenäisiä kirjaamiskäytäntöjä. Savuttomuushoidon laatua ja hoidon dokumentaatiota selvittäviä tutkimuksia ei ole toteutettu perusterveydenhuollossa Suomessa.

6 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää:

1. Saavatko sepelvaltimotautipotilaat ohjausta tupakoinnin lopettamiseen?
2. Miten annettu savuttomuusohjaus- ja hoito dokumentoidaan sepelvaltimotautipotilaan potilastietoihin?
3. Millaiseksi sepelvaltimotautipotilaat arvioivat terveyskeskuksessa saamansa hoidon yleisen laadun?

7 TUTKIMUSAINEISTO JA – MENETELMÄT

Tämä tutkimus on osa European Practice Assessment of Cardiovascular (Risk Management EPA-Cardio) -projektia, joka toteutettiin vuosina 2005–2009 kymmenessä Euroopan maassa. Mukana olivat Suomen lisäksi Belgia, Espanja, Hollanti, Iso-Britannia, Itävalta, Ranska, Saksa, Slovenia ja Sveitsi. Projektissa kehitettiin eurooppalaiset indikaattorit sydän ja valtimosairauksien ehkäisyyn sekä arviointiin ja seurantaan. Tavoitteena oli etsiä parhaita ennaltaehkäisevän hoidon käytäntöjä eri maista ja jakaa niitä eri maiden perusterveydenhuollon käyttöön. (Koskela ym. 2011)

Suomessa tutkimukseen osallistui 15 terveyskeskusta tai –asemaa. Tutkimus toteutettiin Kuopion yliopiston, nykyisen Itä-Suomen yliopiston kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen yksikön sekä Kuopion yliopistollisen sairaalan yleislääketieteen yksikön yhteishankkeena yhteistyössä tutkimukseen osallistuneiden terveyskeskusten kanssa. Tutkimuksen tiedonkeruu alkoi toukokuussa 2008 ja päättyi marraskuussa 2008. Terveyskeskukset saivat itse päättää tutkimusajankohdan.

Jokaisessa terveyskeskuksessa oli nimetty vastuulääkäri (n=15), joka yhdessä tutkimusryhmän kanssa informoi tutkimuksen kulusta ja osallistui sisäänottokriteerit täyttävien potilaiden etsimiseen (Liite 1). Sepelvaltimotautipotilaiden sisäänottokriteerinä oli diagnosoitu sepelvaltimotauti (ICD 10: I20 - I25, ICD 2: K74 - K76). Poissulkukriteerit olivat: terminaalivaiheen potilas, henkisesti kyvytön, mielenterveyspotilas, kielellisesti kyvytön. Tutkimukseen pyrittiin saamaan mukaan vähintään 20 sepelvaltimotautipotilasta / terveyskeskus. Tiedonkeruun kesto vaihteli terveyskeskuksittain.

Vastuulääkäri (n=15) täytti, jokaisesta mukana olleesta toimintayksiköstä yhdessä sairaan- tai terveydenhoitajan kanssa, jokaisesta tutkimukseen suostuneesta sepelvaltimotautipotilaasta (n=264) kyselylomakkeen. Strukturoidun kyselylomakkeen avulla selvitettiin potilaan potilastietoihin perustuen muun muassa potilaan tupakointia ja mahdollista lopettamishalukkuutta ja näiden kirjaamista potilastietoihin sekä tarjottujen seurantakäyntien määrää (Liite 2).

Tutkimukseen suostuneet potilaat (n=264) saivat täytettäväkseen joko postitse tai vastaanottokäynnillä kyselylomakkeen, jossa kysyttiin elämäntapoja, potilassuhteen kestoa terveyskeskukseen, lääkärissä käyntien määrää viimeisen vuoden aikana sekä potilaan

näkemyksen terveystalvelujen sisällöstä ja laadusta (Liite 3). Tutkimukseen osallistuneet palauttivat kyselylomakkeet joko terveystalvelukseen tai palautuskuoressa yliopistolle. Potilaskyselyyn vastasi 246 (93.2 %) sepelvaltimotautia sairastavaa potilasta.

Eurooppalainen tutkijaryhmä oli laatinut kyselylomakkeet, jotka Kuopion yliopiston, nykyisen Itä-Suomen yliopiston tutkijaryhmä käänsi suomenkielisiksi. Kysymyksiä ei muutettu alkuperäisistä, jotta tutkimustulokset olisivat vertailukelpoisia eri maiden välillä.

Aineiston analysoimisessa käytettiin SPSS 14-ohjelmistoa. Tutkimukseen osallistuneiden taustatietoja kuvaillaan prosentteina ja frekvensseinä. Tutkimuksen tulokset esitetään ristiintaulukoimalla.

8 TULOKSET

8.1 Savuttomuushoidon toteutuminen

Sepelvaltimotautipotilaista (N= 264) 61 prosenttia oli miehiä. Potilaiden keski-ikä oli 74 vuotta. Vanhin tutkimukseen osallistuneista potilaista oli 91-vuotias ja nuorin 32-vuotias. Työikäisiä (15–64-vuotiaita) tutkittavista oli 61 prosenttia. (Taulukko 2)

Taulukko 2 Tutkittavien taustatiedot (Lääkärin/hoitajan täyttämä lomake)

		n (%)
Ikä v.	< 45	4 (1,5)
	45–54	51 (19,3)
	55–64	97 (36,7)
	65–74	97 (36,7)
	≥ 75	5 (1,9)
	Tieto puuttuu	10 (3,9)
	Yhteensä	264 (100,0)
Sukupuoli		
	Naiset	103 (39,0)
	Miehet	161 (61,0)
	Yhteensä	264 (100,0)

Tutkimuksessa selvitettiin sepelvaltimotautipotilaan tupakointiin liittyvää ohjausta ja tupakointitietojen kirjaamista potilaskertomukseen hoidon laadun näkökulmasta perusterveydenhuollossa. Potilaskertomukseen kirjatun tiedon mukaan sepelvaltimotautipotilaista 132 (50 %) oli tupakoimattomia ja 13 (5 %) tupakoi. Tupakointitiedot puuttuivat kokonaan 119 (45 %) sepelvaltimotautipotilaan potilaskertomuksesta. Tupakoivista (13) miehiä oli kymmenen ja naisia kolme. Tupakoivista sepelvaltimotautipotilasta seitsemän oli hoitodokumenttien perusteella valmis lopettamaan tupakointinsa, kun taas kymmenen potilasta ei halunnut lopettaa tupakointiaan sepelvaltimotaudista huolimatta. Tässä tutkimuksessa tieto tupakoivien määrästä (13) oli ristiriidassa lopettamismotivaatietojen (17) kanssa. Kahdeksan sepelvaltimotautipotilaan hoitodokumenteista löytyi merkintä tupakoinnin lopettamiskeskustelusta viimeisen 15 kuukauden aikana. Tieto tupakoinnin lopettamismotivaatiosta löytyi seitsemän potilaan hoitokertomuksesta ja näistä neljälle oli tarjottu seurantakäyntiä terveyskeskuksessa kolmen kuukauden sisällä tupakoinnin lopettamisen tueksi. (Taulukko 3)

Taulukko 3 Tupakointitiedot ja tupakoivien lopettamismotivaatio potilaskertomuksissa

	n (%)
Tupakointitiedot potilaskertomuksessa	
Tupakoi	13 (4,9)
Ei tupakoi	132 (50,0)
Ei tietoa	119 (45,1)
Yhteensä	264 (100,0)
Tupakoivien lopettamismotivaatio kirjattu potilaskertomukseen	
Kyllä	7 (41,2)
Ei	10 (58,8)
Yhteensä	17 (100,0)
Tupakoinnin lopettamiskehoitus kirjattu	
Kyllä	8 (47,1)
Ei	9 (52,9)
Yhteensä	16 (100,0)

Kaksi naista ja viisi miestä oli motivoitunut lopettamaan tupakoinnin. Heidän keski-ikänsä oli 73 vuotta. Tupakoinnin lopettamiseen kielteisen kantansa ilmaisseet potilaat olivat iäkkäitä. Tupakoinnin lopettamiseen kielteisesti suhtautuivat viisi miestä ja yksi nainen. Valtaosalla kielteisen kantansa tupakoinnin lopettamiseen ilmaisseista potilaista oli koulutusta korkeintaan alle 13 vuotta.

8.2 Tulokset potilaan täyttämästä hoidon arviointikyselystä

Hoidon arviointikyselyyn vastasi yhteensä 246 (93,2 %) sepelvaltimotautipotilasta, joista miehiä oli 60 prosenttia. Potilaiden keski-ikä oli 73 vuotta. Yli puolet potilaista oli vain peruskoulutuksen saaneita (yhdeksän vuotta tai alle). (Taulukko 4)

Taulukko 4 Potilaskyselyn taustatiedot

	n (%)
Sukupuoli	
Naiset	92 (37,4)
Miehet	147 (59,8)
Tieto puuttuu	7 (2,8)
Yhteensä	246 (100,0)
Ikä v.	
< 45	0 (0,0)
45–54	2 (0,8)
55–64	25 (10,2)
65–74	84 (34,1)
≥ 75	120 (48,8)
Tieto puuttuu	15 (6,1)
Yhteensä	246 (100,0)
Koulutus v.	
≤ 9	139 (56,5)
10–13	64 (26,0)
> 13	32 (13,0)
Tieto puuttuu	11(4,5)
Yhteensä	246 (100,0)

Potilaskyselyyn vastanneista 143 (58 %) oli naimisissa olevia, seitsemäntoista (7 %) asui yksin, kaksikymmentäneljä (10 %) oli eronneita ja kolmekymmentäkaksi (13) prosenttia oli leskiä. Suurin osa sepelvaltimotautipotilaista oli ollut pitempään oman terveyskeskuksensa asiakkaana, keskimäärin noin viisi vuotta. Potilaista noin 62 prosenttia oli ollut potilaana omassa terveyskeskuksessaan yli 13 vuoden ajan. Potilaat olivat käyneet lääkärin terveyskeskusvastaanotolla keskimäärin kaksi kertaa vuodessa, valtaosa potilaista kävi vastaanotolla kahdesta kuuteen kertaan vuodessa.

Tutkimukseen osallistuneet arvioivat terveyskeskuksessa saamaansa hoidon yleistä laatua. Vastaukset on luokiteltu kolmeen luokkaan huono (heikko, kohtalainen), hyvä (hyvä, erittäin hyvä ja erinomainen) ja vastaus puuttui. Potilaiden hoidon laadun arvioinneissa hyväksi potilaat arvioivat lääkärin kuuntelemisen vastaanotolla, ongelmista oli helppo kertoa lääkärille ja lääkäri selvitti hyvin hoidon ja kokeiden tarkoituksen.

Pääsääntöisesti potilaat kokivat hoidon laadun hyväksi Potilaiden arvioimassa hoidon laadussa eniten puutteita potilaat arvioivat olevan ennaltaehkäisevien palvelujen tarjoamisessa, joka kolmas (31 %) potilas koki, että lääkäri on huonosti tai erittäin huonosti tarjonnut palveluja sairauksien ennaltaehkäisyyn vastaanottokäynnillä. Potilaista lähes neljännes (23 %) koki mahdollisuutensa vaikuttaa hoitoonsa huonoiksi tai erittäin huonoiksi. ja mahdollisuudessa vaikuttaa hoitoon. (Taulukko 5)

Taulukko 5 Tulokset hoidon laatumuuttujista

	n	%
Vastaanottoajan riittävyys		
Huono	43	17,5
Hyvä	199	80,9
Vastaus puuttui	4	1,6
Yhteensä	246	100,0
Tutkimusten ja hoidon perusteellisuus		
Huono	43	17,2
Hyvä	191	77,7
Vastaus puuttuu	12	4,9
Yhteensä	246	100,0
Kuunteleminen		
Huono	34	13,8
Hyvä	205	83,3
Vastaus puuttuu	7	2,8
Yhteensä	246	100,0
Helppo kertoa ongelmistaan		
Huono	29	11,8
Hyvä	211	85,8
Vastaus puuttui	6	2,4
Yhteensä	246	100,0
Mahdollisuus vaikuttaa hoitoon		
Huono	56	22,7
Hyvä	177	72,0
Vastaus puuttui	13	5,3
Yhteensä	246	100,0
Hoidon ja kokeiden tarkoituksen selvittäminen		
Huono	33	13,4
Hyvä	206	83,8
Vastaus puuttui	7	2,8
Yhteensä	246	100,0
Tietoa oireista ja sairauksista		
Huono	41	16,6
Hyvä	195	79,2
Vastaus puuttui	10	4,1
Yhteensä	246	100,0
Palvelut sairauksien ehkäisyyn		
Huono	77	31,3
Hyvä	150	61,0
Vastaus puuttui	19	7,7
Yhteensä	246	100,0
Lääkäri kertoi ohjeiden noudattamisen tärkeydestä		
Huono	43	17,5
Hyvä	190	77,3
Vastaus puuttui	13	5,3
Yhteensä	246	100,0

9 POHDINTA

9.1 Tupakointitietojen yleisyys ja kirjaaminen

Tutkimuksessa selvitettiin terveyskeskuksessa annettua savuttomuusohjausta sepelvaltimopotilaalle sekä hoidon yleistä laatua terveyskeskuksessa potilaan arvioimana. Tässä tutkimuksessa viideltä prosentilta (n=13) sepelvaltimotautia sairastavista potilaista löytyi terveystietokortista merkintä tupakoinnista. Tieto tupakoivien lopettamismotivaatiosta oli kirjattu alle puolelle (41 %) potilaskertomukseen. Tupakoivista sepelvaltimotautipotilaista vain kahdeksalta (47 %) löytyi potilaskertomuksesta merkintä lopettamiskeskustelusta viimeisen 15 kuukauden aikana.

Aikaisemmissa tutkimuksissa sepelvaltimotautipotilaiden tupakointiluvut ovat vaihdelleet melko paljon eri tutkimuksissa. EUROASPIRE I ja II -tutkimuksissa suomalaisten sepelvaltimotautipotilaiden tupakointi vaihteli 13–22 prosentin välillä (EUROASPIRE Study Group I and II 2001). Sepelvaltimotautipotilaiden tupakoinnin lopettamishalukkuutta on tutkittu aiemmin myös Breitlingin ym. (2009) Saksassa tehdyssä tutkimuksessa, jossa laajasta aineistosta (n= 10 000) korkean riskin potilaista 1528 tupakoi tutkimuksen alkaessa, heidän raportoituihin yrittäneen lopettaa tupakointia ainakin kerran. Tässä ryhmässä oli 155 tupakoivaa sepelvaltimotautipotilasta, joista yhdeksän prosenttia ei halunnut lopettaa tupakointiaan, 27 prosenttia halusi vähentää tupakointiaan ja 64 prosenttia potilaista halusi lopettaa tupakointinsa. Potilaista myös selvästi useammat halusivat lopettaa tupakoinnin, ei ainoastaan vähentää sitä.

McCaul ym. (2006) toteavat katsauksessaan potilaiden motivoituvan tupakoinnista lopettamiseen riskin tai terveyshaitan välttääkseen ja tätä tietoa tulisi hyödyntää jokaisessa savuttomuusohjaus tilanteessa, terveydenhuoltohenkilöstön tulee antaa potilaalle tietoa tupakoinnin aiheuttamista terveysriskeistä kannustaakseen potilasta lopettamaan. Myös suomalaisissa tutkimuksissa on ilmennyt potilaiden huoli tupakoinnistaan ja omasta terveydestään sekä potilaiden tupakoinnin lopettamishalukkuudesta (Helakorpi ym. 2009).

Tupakointitiedot puuttuivat joka toisen potilaan potilastiedoista, mikä on merkittävä havainto potilasasiakirjojen tiedon laadusta savuttomuushoitoon liittyen. Tupakointitiedot (tupakointistatus ja lopettamishalukkuus) sekä niiden dokumentoiminen potilaskertomukseen toimivat savuttomuushoidon- ja seurannan lähtökohtana ja ovat laadukkaan savuttomuushoidon perusta (Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot: Käypä hoito -

suositus 2006, Aveyard & West 2007, Erhardt 2009, Chandler & Rennard 2010, Papadakis ym. 2010, Pekurinen 2008).

Suomessa terveydenhuollon henkilöstöllä on potilaan hoitoa koskevan lainsäädännön mukainen velvoite antaa potilaalle riittävästi tietoa elintapojen vaikutuksista hänen terveyteensä sekä sairautensa hoitoon ja ennusteeseen, jotta potilas pystyy tiedon avulla tekemään itselleen edullisia terveysvalintoja (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Terveyskeskuksissa lääkärin ja hoitajien tulee selvittää potilaiden tupakointi, kehoitettava lopettamaan tupakointi, tarjottava korvaushoitoa tupakoinnin lopettamiseksi sekä kirjattava tupakointitiedot potilastietoihin nikotiiniriippuvuushoidon toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi.

Aiemmissa tutkimuksissa on ilmennyt terveydenhuollossa annettuun hoitoon liittyvien potilastietojen puutteellinen kirjaaminen, siten että tiedon laatu ei ole täyttänyt lain asettamia vaatimuksia (Häyrinen ja Saranto 2009). Häyrisen (2010) tutkimuksessa aineisto oli Pohjois-Karjalan keskussairaalan sähköisestä potilaskertomusaineistosta vuosilta 2004–2005. Tupakointiin liittyviä tietoja oli kirjattu 40 % potilaiden potilasasiakirjoihin. Tupakointitietojen kirjaamisen käytäntöjen kehittäminen tulisi olla keskeisellä sijalla terveydenhuollon laadun kehittämisessä, jotta sekundaariprevention mahdollisuuksia voidaan hyödyntää, etenkin niiden sairausryhmien hoidossa, jossa tupakointi asettaa potilaat korkean riskin potilaiksi (Häyrinen 2010). Häyrisen ja Sarannon (2009) mukaan potilasasiakirjojen tiedon laatu voidaan arvioida tiedon täsmällisyyden, virheettömyyden ja tarkkuuden, lainmukaisuuden, luotettavuuden, johdonmukaisuuden ja muodon perusteella.

9.2 Hoidon laatu

Tutkittavat kokivat terveyskeskuksessa saamansa hoidon laadun hyväksi. Potilaiden arvioinnit terveyskeskuksessa saamastaan hoidosta olivat pääasiassa positiivisia. Potilaat olivat tyytyväisiä lääkärin tapaan kuunnella ja huomioida potilasta. Vastanneista potilaista valtaosa koki lääkärille olleen helppo kertoa ongelmistaan. Vastaanottoajan koettiin olevan pääsääntöisesti riittävän. Tyytymättömyyksiä potilaat olivat ehkäisevien palvelujen tarjoamiseen terveyskeskuksen vastaanotolla. Potilaan kokemaa tyytyväisyyttä hoitoonsa voi vaikuttaa savuttomuushoidossa potilaan hoitoon sitoutumiseen.

Raivion ym. (2008) tutkimuksessa on aiemmin selvitetty potilaan kokemaa hoidon laatua perusterveydenhuollossa. Tutkimuksessa vastanneita potilaita oli reilut 127 000. Potilaat olivat tyytyväisiä vastaanotollaan saamaan kohteluun. Potilaat kokivat saaneensa riittävästi tietoa tutkimuksista ja niiden tuloksista sekä sairautensa hoitomahdollisuuksista ja vaihtoehtoista. Potilaat kokivat vastaanotolla asioita käsiteltävän luottamuksellisesti, puolet vastanneista koki saaneensa vastauksen häntä vaivanneeseen ongelmaan. Potilaiden tyytyväisyys terveyskeskuksessa saamaansa hoitoon tuli esille myös tässä tutkimuksessa.

Terveydenedistäminen on keskeisessä asemassa terveydenhuollon lakiuudistuksessa. Uusi terveydenhuoltolaki velvoittaa kuntia ottamaan väestöstrategioissaan paremmin huomioon väestön terveyden edistämisen. Terveydenedistäminen on lain mukaan sisällytettävä kaikkiin terveydenhuollon palveluihin, myös sairauden hoitoon niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossakin (Terveydenhuoltolaki 1326/2010). Tämä tarkoittaa savuttomuushoidon osalta järjestelmällistä savuttomuushoidon organisointia perusterveydenhuollossa, sen toteutumisen seuranta ja laadun kehittämistä. Savuttomuushoidon toteuttamisen kehittäminen perusterveydenhuollossa tulisi olla tulevaisuuden tutkimuksen, politiikan ja klinisen käytännön keskiössä (Papadakis ym. (2010).

Kansainvälisesti savuttomuushoidon kehittäminen on edennyt pidemmälle esimerkiksi Englannissa, jossa savuttomuushoitosuositus laadittiin jo vuonna 1998. Kansallisen savuttomuushoito strategian tukemana perustettiin vuonna 1999 ensimmäinen savuttomuushoitokeskus, jotka laajenivat National Health Servicessa (NHS) kansallisiksi jo vuotta myöhemmin (McNeill ym. 2005). Organisoidun savuttomuushoidon myötä Englannissa on jo kymmenen vuoden ajan tutkittu savuttomuushoidon toteutumista ja kehitetty savuttomuushoidon laatua sekä henkilöstön osaamista hoitosuosituksen pohjalta.

Szatkowski ym. (2011) ovat tutkineet Englannissa perusterveydenhuollossa vastaanotolla annettua savuttomuusohjausta potilastietoihin ja potilaan antamaan tietoon vertaamalla. Aiemmissa tutkimuksissa oli ilmennyt, että potilaat raportoivat saaneensa enemmän savuttomuusohjausta, kuin mitä potilaskertomustiedoista kävi ilmi. Tähän haluttiin parannusta. Terveydenhuollossa Englannissa vuonna 2004 käyttöön otetun laatu- ja tulosjohtamismallin (Quality and Outcomes Framework) myötä lääkäreiden työssä otettiin käyttöön tulospalkkiokäytäntö kannustimeksi laadukkaan savuttomuushoidon toteuttamiseksi. Savuttomuushoidon laadun arvioinnilla haluttiin selvittää erityisesti savuttomuushoidon

dokumentaatiota, jolloin savuttomuushoidon toteutumisen arviointi on tehty potilasasiakirjoihin perustuen. Seurannasta kävi ilmi, että annetun savuttomuusohjauksen kirjaamisessa on tapahtunut huomattavaa kehitystä Englannissa perusterveydenhuollossa (NHS). (Szatkowski ym. 2011)

Suomessa Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot (2006) Käypä Hoito -suositus laadittiin ohjeistamaan savuttomuushoidon toteutumista perusterveydenhuollossa. Sandström ym. julkaisivat vuonna 2009 Tupakasta vieroituksen organisointi ja käytännöt, jossa kuvataan laajemmin tupakasta vieroitusta osana terveydenedistämistä. Maassamme ei terveydenhuollon toimintayksiköissä toistaiseksi ole käytössä laatukriteereitä terveydenhuollon savuttomuushoidon toteutumisen arvioimiseksi. Terveydenhuollon palvelujärjestelmien kehittämistarve hoidonlaatuindikaattoreilla hoidon tuloksellisuuden parantamiseksi linjataan sosiaali- ja terveysministeriön terveydenhuollon laatu -katsauksessa (Hämäläinen 2008).

Hokkisen ym. (2009) tutkimuksesta ilmeni lääkäreiden kokema turhautuminen potilaiden savuttomuuteen tukemisessa, koska hoidon tuloksesta ei saada riittävästi palautetta. Savuttomuushoidon tuloksellisuutta tulisi pyrkiä arvioimaan järjestelmällisesti perusterveydenhuollossa hoitohenkilökunnan osaamiseen liittyvien valmiuksien ja koetun työn tuloksellisuuden parantamiseksi (Hämäläinen 2008, Hokkinen ym. 2009). Aikaisempien tutkimusten perusteella etenkin hoitajien osaamista savuttomuuden hoidossa tulee kehittää koulutuksen avulla, jotta Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot (2006) Käypä hoito -suosituksen mukainen savuttomuuden hoito toteutuisi perusterveydenhuollossa (Pelkonen & Kankkunen 2001, vrt. Kurko 2009).

9.3 Tutkimuksen luotettavuus

Hoitohenkilökunta on tutkimuksessa raportoinut sepelvaltimopotilaiden tupakointiin ja hoitoon liittyviä tekijöitä täyttämällä kyselylomakkeen potilaskertomustietoihin perustuen. Tässä tutkimuksessa luotettavuutta lisää se, että hoitohenkilökunta on vastannut tupakointia koskeviin kysymyksiin. Toisaalta tulosten mukaan lääkärin / hoitajan kyselylomakkeen merkinnät olivat puutteellisia tai epätarkkoja. Hoidon sisällön raportointi potilasasiakirjoihin perustuen ei anna täydellistä käsitystä savuttomuusohjauksen sisällöstä. On täysin mahdollista, että hoitohenkilöstö keskustelee ja kannustaa potilasta savuttomuuteen, mutta jos savuttomuushoidon tiedon laatu jää puutteelliseksi, hoidon seuranta ja arviointi vaarantuvat

(vrt. Szatkowski ym. 2011). Tämän tutkimuksen keskeinen tulos on tupakointitietoihin liittyvä puutteellinen kirjaaminen. Se kertoo savuttomuushoidon laadun kehittämistarpeesta, jotta terveydenhuollon toimintayksiköissä toteutetun savuttomuushoidon laatua ja vaikuttavuutta voidaan arvioida.

Tutkimuksen aineiston koko on riittävä, 246 sepelvaltimotauti potilaan voidaan katsoa edustavan suhteellisen hyvin tutkimusjoukkoa. Sepelvaltimotaudin keskittyminen vanhimpiin ikäryhmiin ja miehiin ilmenee myös tästä tutkimuksesta, jossa potilaiden keski-ikä oli 74 vuotta ja miesten osuus 60 prosenttia. Tässä tutkimuksessa sepelvaltimopotilaita oli vähiten 50–60-vuotiaiden ikäryhmässä, vaikka työikäisillä sepelvaltimotautia esiintyy edelleen melko runsaasti. Tutkimuksen aineisto on kerätty perusterveydenhuollosta, jossa työikäisiä sepelvaltimotautipotilaita hoidetaan työterveyshuoltoa vähemmän.

Tutkimuksessa käytetty kysely oli laadittu kansainvälisen tutkimusryhmän toimesta tavoitteena arvioida kokonaisvaltaisesti sepelvaltimotaudin sekundaariprevention laatua perusterveydenhuollossa Suomessa. Sepelvaltimotautipotilaan tupakointia koskevia tietoja kysyttiin lääkärin / hoitajan täyttämässä lomakkeessa eikä sen laadinnassa ole yksityiskohtaisesti huomioitu kansallista Käypä hoito -suositusta, vaikkakaan yksinomaan sen toteutumisen arviointi ei ollut tämän tutkimuksen tavoitteena. Tupakoivien potilaan osuudesta tutkimuksessa ei saatu luotettavaa kuvaa, koska potilaan tupakointitiedot puuttuivat niin monen (n=114) potilaan potilasasiakirjoista.

10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSAIHEET

Tutkimuksessa havaittiin sepelvaltimotautipotilaiden savuttomuushoidon kirjaamisen puutteellisuus. Sekundaari- ja tertiaariprevention toteutumisen arvioimiseksi tulee saada tietoa sepelvaltimotauti potilaiden tupakoinnista ja lopettamismotivaatioon vaikuttavista tekijöistä. Kuitenkin asiakaskeskeisillä mittareilla arvioituna, potilaan kokemana, terveyskeskuksessa annettu hoito saa pääsääntöisesti hyvät arvioinnit ja potilaat ovat tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Tämä tutkimus antaa viitteitä siitä, että savuttomuushoidon toteutus terveyskeskuksissa on puutteellista, koska tupakointitietojen kirjaaminen on vähäistä.

Tutkimus osoittaa myös, että on tärkeää seurata ja arvioida hoidon laatua eri mittareilla. Potilaan kokema tyytyväisyys hoitoon on tärkeä hoidon laadun subjektiivinen mittari, joka tuo esille palvelun käyttäjän näkökulman. Objektiiviset hoidon laatumittarit puolestaan arvioivat hoidon vaikuttavuutta, tuloksellisuutta ja juridisia kriteerejä, joiden seuraaminen on edellytys vaikuttavalle hoidolle ja tasalaatuiselle palvelulle terveydenhuollossa.

Jatkotutkimukseen tulisi sisällyttää savuttomuushoidon toteutumisen ja laadun arviointi myös työterveyshuollossa Suomessa. Jatkotutkimuksiin tulisi selvittää myös savuttomuusohjauksen ja neuvonnan toteutuminen potilaan arvioimana.

LÄHTEET

Ambrose J & Rajat S. The pathophysiology of cigarette smoking and cardiovascular disease. *Journal of the American College of Cardiology* 2004; 43:1731–1737.

Anstey K , von Sanden C, Salim A, O’Kearney R. Smoking as a risk factor for dementia and cognitive decline: A meta-analysis of prospective studies. *American Journal of Epidemiology* 2007;166:367–378.

Aveyard P & West R. Managing smoking cessation. *British Medical Journal* 2007;335:37–41.

Barth J, Critchley JA, Bengel J. Psychosocial interventions for smoking cessation in patients with coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1.

Benowitz N. Nicotine Addiction. *New England Journal of Medicine* 2010;362:2295–2203.

Breitling L, Rothenbacher D, Stegmaier C, Raum E, Brenner H. Older smokers’ motivation and attempts to quit smoking. Epidemiological insight into the question of lifestyle versus addiction. *Deutsches Ärzteblatt International* 2009;106:451–455.

Bullen C. Impact of tobacco smoking and smoking cessation on cardiovascular risk and disease. *Expert Review Cardiovascular Therapy* 2008; 6:883–895.

Chandler M & Rennard S. Smoking cessation. *Chest* 2010;137:428–435.

Clarke R, Emberson J, Fletcher A ym. Life expectancy in relation to cardiovascular risk factors: 38 year follow-up of 19 000 men in the Whitehall study. *British Medical Journal* 2009;339:b3513.

Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years’ observations on male British doctors. *British Medical Journal* 2004;328:1519–1533.

Erhardt L. Cigarette smoking: An untreated risk factor for cardiovascular disease. *Atherosclerosis* 2009;205:23–32.

EUROASPIRE I and II Study Group. 2001. Clinical reality of coronary heart prevention guidelines: a comparison of EUROASPIRE I and II in nine countries. *Lancet* 2001;357:995–1001.

EUROASPIRE II Study Group. Lifestyle and risk factor management and use of drug therapies in coronary patients from 15 countries. *European Heart Journal* 2001;22:554–572.

Ezzati M & Lopez A. Regional, disease specific patterns of smoking attributable mortality in 2000. *Tobacco Control* 2004; 13:388–395.

Ferrie J E, Singh-Manoux A, Kivimäki M ym. Cardiorespiratory risk factors as predictors of 40-year mortality in women and men. *Heart* 2009;95:1250–1257.

Fiore M, Jaén C, Baker T ym. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical practice guideline. U.S Department of Health and Human Services. Rockville, Public Health Service.

Frey P, Waters D, DeMicco D ym. Impact of smoking on cardiovascular events in patients with coronary disease receiving contemporary medical therapy (from the treating to new targets (TNT) and the incremental decrease in end points through aggressive lipid lowering (IDEAL) trials. *American Journal of Cardiology* 2011;107:145–150.

Gruer L, Hart C L, Gordon D S, Watt G C M. Effect of tobacco smoking on survival of men and women by social position: a 28 year cohort study. *British Medical Journal* 2009;338: 1–8.

Hartikainen J, Niskanen L, Saloranta P, Rämö J, Virtanen O. Lääkärien terapeuttiset asenteet sydän- ja verisuonitautien vaaratekijöiden, erityisesti ylipainon ja tupakoinnin, hoitoon. *Suomen Lääkärilehti* 2006;61:991–996.

He J, Vupputuri S, Allen K. Passive smoking and the risk of coronary heart disease – a meta-analysis of epidemiologic studies. *New England Journal of Medicine* 1999;340:920–926.

Helakorpi S, Paavola M, Prättälä R, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2008. Helsinki: Yliopistopaino 2009. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 2/2009. www.thl.fi/avtk

Hokkinen L, Sandström P, Jormanainen V, Patja K, Myllykangas M. Suomalaisten lääkäreiden tupakointi ja tupakasta vieroitusta koskevan Käypä hoito-suosituksen tuntemus vuonna 2006. Suomen lääkärilehti 2009;35:2784–2788.

Hämäläinen P. Sairauskohtaiset ja yleiset kliiniset terveydenhuollon laatuindikaattorit. Teoksessa: Pekurinen M, Räikkönen O, Leinonen, T (toim.) Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun vuonna 2008. Stakesin raportteja 2008;38:75-78. Stakes, Helsinki. www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R38-2008-VERKKO.pdf

Häyrynen, K. Tupakointiin ja alkoholin käyttöön liittyvien tietojen dokumentointi sähköisessä potilaskertomuksessa. Finish Journal of eHealth and eWelfare 2010;2:122–128. <http://ojs.tsv.fi/index.php/stty/article/view/3618/3386>

Häyrynen K & Saranto K. Tiedon laatu sähköisessä potilaskertomuksessa - kirjallisuuskatsaus. Finish Journal of eHealth and eWelfare 2009;3:137–141. <http://ojs.tsv.fi/index.php/stty/article/view/2472>

Jackson E & Eagle K. Smoking interventions. The beginning of the end or the end of the beginning? Journal of the American College of Cardiology 2010; 56:2113–2114.

Jacobs D, Adachi H, Mulder I ym. Cigarette smoking and mortality risk. Archives of Internal Medicine 1999; 159:733–740.

Kallinen-Kräkin, S (toim.) Kaste-ohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, Helsinki. www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7533.pdf

Koskela T, Nykänen I, Kumpusalo E. Potilastietojärjestelmät eivät tue systemaattista ennaltaehkäisyä. Tuloksia EPA Cardio –tutkimuksesta. Suomen lääkärilehti 2011;19:1581-1585.

Kotseva K, Wood D, De Backer G. Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight European countries. Lancet 2009;373:929–940.

KTL 2008. Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti 2008. Helsinki: Kansanterveystieteen laitoksen julkaisuja 2008/B2. www.ktl.fi/portal/2970.

Kurko T, Linden K, Vasama M, Pietilä K, Airaksinen M: Nicotine replacement therapy practices in Finland one year after deregulation of the product sales - has anything changed from the community pharmacy perspective? *Health Policy* 2009; 91:277–285.

Laitalainen E, Helakorpi S, Uutela A. Eläkeikäisen väestön terveystietokäytön ja terveys keväällä 2007 ja niiden muutokset 1993–2007. Helsinki: Kansanterveystieteen laitoksen julkaisuja B 14/2008. www.ktl.fi/portal/2920

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. www.finlex.fi

Law M, Morris J, Wald N. Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease: an evaluation of the evidence. *British Medical Journal* 1997; 315:973–980.

Lehto H-R, Lehto S, Havulinna A ym. Are coronary events rates declining slower in women than in men – evidence from two population-based myocardial infarction registers in Finland? *BMC Cardiovascular Disorders* 2007;7:35–42.

McCaul K, Hockemeyer J, Johnson R. Motivation to quit using cigarettes: A review. *Addictive Behaviors* 2006;31: 42–56.

McNeill A, Raw M, Whybrow J. A national strategy for smoking cessation treatment in England. *Addiction* 2005;100:1–11.

Maddox T, Morris J, Wald N. Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease: an evaluation of the evidence. *British Medical Journal* 1997;315:973–980.

Mohiuddin S, Moos A, Hunter C ym. Intensive smoking cessation intervention reduces mortality in high-risk smokers with cardiovascular disease. *Chest* 2007;131:446–452.

Mustajoki, P. 2009. Tietoa potilaalle: Sepelvaltimotauti. Duodecim. (Päivitetty 7.1.2011) www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=sepelvaltimotauti.

Mustonen T, Mustonen J, Kava T. Tupakkariippuvuuden etiologia ja tupakoinnin keskeiset terveydelliset vaikutukset. Suomen Lääkärilehti 2004;59:1505–1510.

Mäkelä V, Mäkelä M, Soveri P. 1994. Terveysthuollon laatu- ja politiikka: Suuntaviivat laadun jatkuvalle kehittämiselle. Stakes, Helsinki.

Outinen M (toim.) 1999. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. Valtakunnallinen suositus. Stakes, Helsinki.
www.stakes.fi/verkkojulkaisut/muut/laadunhallinta2000.pdf

Outinen M, Räikkönen O, Holma T. 2007. Laadunhallinta sosiaali- ja terveyspalveluorganisaatioissa 2004 ja vertailu vuoteen 1999. Stakes, Helsinki.
www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R10-2007-VERKKO.pdf

Papadakis S, McDonald P, Mullen K-A ym. Strategies to increase the delivery of smoking cessation treatments in primary care settings: A systematic review and meta-analysis. Preventive Medicine 2010;51:199–213.

Pekurinen M, Räikkönen O, Leinonen, T (toim.) Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun vuonna 2008. Stakesin raportteja 2008;38:75–78. Stakes, Helsinki.
www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R38-2008-VERKKO.pdf

Pelkonen M & Kankkunen P. Nurses' competence in advising and supporting clients to cease smoking: a survey among Finnish nurses. Journal of Clinical Nursing 2001;10:437–441.

Pietinalho A. Tupakoinnin haitat ja savuttomuuden hyödyt. Suomen Lääkärilehti 2003;58:4701–4704.

Pipe A, Papadakis S, Reid R. The role of smoking cessation in the prevention of coronary artery disease. Current Artherosclerosis Report 2010;12:145–150.

Pringle M, Ward P, Chilvers C. Assessment of the completeness and accuracy of medical records in four practices committed to recording data on computer. British Journal of General Practise 1995;45:537–541.

Quist-Paulsen P & Gallefors F. Randomised controlled trial of smoking cessation intervention after admission for coronary heart disease. *British Medical Journal* 2003;327:1254–1257.

Raivio R, Jääskeläinen J, Holmberg-Marttila D. Potilastyytyväisyyden mittaaminen perusterveydenhuollossa. *Suomen Lääkärilehti* 2008;33:2623–2626.

Ratchford E & Black J. Approach to smoking cessation in patient with cardiovascular disease. *Current Treatment Options on cardiovascular disease* 2011;13:91–102.

Rimpelä M, Saaristo V, Wiss K ym. (toim.) *Terveyden edistäminen terveystieteissä* 2008. Helsinki: Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos, Raportti 19/2009.

Sandström P, Leppänen A, Simonen O. (toim.) *Tupakasta vieroituksen organisointi ja käytännöt*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:15. www.stm.fi/julkaisut

Silagy C, Lancaster T, Stead L ym. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Review* 2004;3.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009. www.finlex.fi

Sepelvaltimotautikohtaus: epästabiili angina pectoris ja sydäninfarkti ilman ST-nousuja – vaaran arviointi ja hoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologinen Seura ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim 2009 (Päivitetty 28.4.2009) www.kaypahoito.fi/

Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE3683.pdf&title=Sosiaali__ja_terveydenhuollon_kansallinen_kehittamisohjelma_KASTE_2008_2011.fi.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö. Tupakkasopimus tutuksi. Tupakoinnin torjuntaa koskeva puitesopimus (WHO FCTC). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:3. Helsinki, Sosiaali- ja terveysministeriö. www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2765155&name=DLFE-14651.pdf

Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 2.

Szatkowski L, McNeill A, Lewis S. A comparison of patient recall of smoking cessation advice with advice recorded in electronic medical records. BMC Public Health 2011;11:291–294.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. www.finlex.fi.

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Sydän- ja verisuonitautien rekisterin tilastotietokanta. (Luettu 14.3.2011) <http://www3.ktl.fi/stat/>

Tierala I. Sepelvaltimoiden pallolaajennukset Suomessa - Selvitys tilanteesta vuonna 2000 ja arvio lähitulevaisuuden tarpeista. Helsinki: Stakes/FinOHTA 2001. <http://finohta.stakes.fi/>

Tilastokeskus 2011. Kuolemansyyt. (Päivitetty 22.2.2011) www.stat.fi/til/ksyyt/index.html

Tilastokeskus 2011. Tupakointitilastot. (Päivitetty 22.12.2010). www.stat.fi/til/tup/2009/tup_2009_2010-12-22_tie_001.html

Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot. Käypä hoito -suositus. Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. (Päivitetty 1.12.2006) www.kaypahoito.fi/

WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2009: Implementing smoke-free environments. WHO 2009. www.who.int/tobacco/mpower/2009/en/index.html

Liite 1

Kuopion yliopisto/KYS
Yleislääketieteen yksikkö
PL 1627, 70211 KUOPIO
10.3.2008



Epa-Cardio -tutkimus

Hyvä tutkimuksen vastuulääkäri

Kiitos lupautumisestasi toimia terveyskeskukseksi Epa-Cardio -tutkimuksen vastuulääkärimä.

Tässä tutkimuksessa kerätään tietoja kolmenlaisista potilaista: 20 sepelvaltimotauti-, 20 sepelvaltimo-tautiriskipotilasta sekä 20 potilasta iältään 18 - 45 vuotta.

Sepelvaltimotautipotilaiden sisäänottokriteerinä on diagnosoitu sepelvaltimotauti (ICD 10: 120 - 125, ICPC 2: K74 - K76. Poissulkukriteerit ovat: terminaalivaiheen potilas, henkisesti kyvytön, mielenterveyspotilas, kielellisesti kyvytön.

Sepelvaltimotautiriskipotilaiden sisäänottokriteereinä miehillä on vähintään kolme seuraavista neljästä riskitekijästä: kohonnut verenpaine, kohonnut veren kokonaiskolesterolipitoisuus, tupakointi tai yli 60-vuotias mies. Sisäänottokriteerit naisilla ovat: kohonnut verenpaine, kohonnut veren kokonaiskolesterolipitoisuus ja tupakointi. Poissulkukriteereinä ovat: todettu sepelvaltimotauti, diabetes, terminaalivaiheen potilas, henkisesti kyvytön, mielenterveyspotilas ja kielellisesti kyvytön.

Mukaan voi ottaa kaikki muut 18 - 45-vuotiaat potilaat paitsi terminaalivaiheen potilaat, henkisesti kyvyttömät, mielenterveyspotilaat tai kielellisesti kyvyttömät.

Lääkäri yhteistyössä vastaanottoavustajan tai hoitajan kanssa poimii sopivat potilaat ja täyttää taustatietolomakkeet (osan 1 lomakkeet).

Lomakkeet ovat valmiiksi koodattu, joten on tärkeää, että potilaalle lähtee samalla koodilla oleva kysely kuin taustatietolomakkeessa.

Potilaalle annetaan joko vastaanotolla tai hänelle lähetetään postitse kyselylomake (osa 2 lomake), jonka hän palauttaa terveyskeskukseen palautuskuoressa. Palautetut kyselylomakkeet lähetetään kootusti Kuopion yliopistoon osoitteeseen: Tutkija Riitta Kortelainen, Kuopion yliopisto, kansanterveystieteen yksikkö, PL 1627, 70211 KUOPIO.

Yhteistyöterveisin

Esko Kumpusalo
LKT, yleislääketieteen prof.
tutkimuksen vastuhenkilö
Kuopion yliopisto, KYS,
Yleislääketieteen yksikkö
Esko.Kumpusalo@uku.fi

Irma Nykänen
TtM, yliassistentti
Kuopion yliopisto
Kansanterveystieteen ja
kl. ravitsemustieteen laitos
Irma.Nykanen@uku.fi

Riitta Kortelainen
TtM, terveydenhoitaja
Kuopion yliopisto KYS,
Yleislääketieteen yksikkö
Puh. 040-5770267
Riitta.Kortelainen@uku.fi

Liite 2

EPA-Cardio

Osa 1. Taustatiedot henkilöstä, jolla on sepelvaltimotauti
(lääkäri tai hoitaja täyttää)



Sepelvaltimotautipotilaat:		○ CHD: ICD 10: I20-I25 tai ICPC-2: K74, K75, K7	
1. Sukupuoli	<input type="checkbox"/> Nainen	<input type="checkbox"/> Mies	
2. Syntymävuosi	19 <input type="text"/>	19 <input type="text"/> 40 <input type="text"/> esim.	
3. Onko tupakointitiedot kirjattu viimeiseltä 15 kuukaudelta?			
<input type="checkbox"/> Kyllä, tupakoiva <input type="checkbox"/> Kyllä, ei-tupakoiva <input type="checkbox"/> Ei tietoa			
<ul style="list-style-type: none">• Jos "kyllä tupakoiva", jatka kysymyksestä 4• Jos "kyllä, ei-tupakoiva" tai "ei tietoa" jatka kysymyksestä 7			
4. 2. Onko merkintää motivaatiosta / halukkuudesta lopettaa tupakointi (esim. asteikolla 1-5) viimeiseltä 15 kuukaudelta?			
<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei			
5. Potilaat, jotka polttavat ja jotka on merkitty motivoituneeksi lopettamaan tupakointi. Onko merkintää, että seurantakäyntiä on tarjottu kolmen kuukauden sisällä?			
<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Ei ole motivoitunut lopettamaan			
6. Onko merkintää siitä, että tupakoinnin lopettamisesta on keskusteltu vähintään kerran viimeisen 15 kuukauden aikana?			
<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei			
7. Onko vähintään yksi merkintä fyysisen aktiivisuuden määrästä / liikuntakyvystä viimeiseltä 15 kuukaudelta?			
<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei			
8. Onko merkintää annetusta liikuntaneuvonnasta tai merkintää siitä, että ei saa liikkua viimeiseltä 15 kuukaudelta?			
<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei			
9. Onko merkintää painosta tai painoindeksistä (BMI) viimeiseltä 15 kuukaudelta?			
<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei Jos kyllä, täytä seuraavat kohdat			
BMI:	<input type="text"/>	Paino:	<input type="text"/> kg
10. Onko vähintään yksi merkintä annetusta ruokavalioneuvonnasta viimeiseltä 15 kuukaudelta?			
<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei			

Sepelvaltimotautipotilaat (jatkuu):		○ CHD: ICD 10: I20-I25 tai ICPC-2: K74, K75, K76	
11. Onko merkintää verenpainetasosta viimeiseltä 15 kuukaudelta?			
<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei		Jos kyllä, ilmoita verenpainearvot:	
Viimeisin:	<div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> / <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> mm/Hg		
Toiseksi viimeisin:	<div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> / <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> mm/Hg		
Kolmanneksi viimeisin:	<div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> / <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> mm/Hg		
12. a) Onko merkintää siitä, että verenpaine on jatkuvasti yli 160/100 mmHg (ainakin kaksi arvoa viimeiseltä 15 kuukaudelta)?:			
<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei		<input type="checkbox"/> verenpaine ei ole jatkuvasti yli 160/100 mmHg	
b) Onko näille potilaille tarjottu lääkehoitoa verenpaineen alentamiseksi?		<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei
13. Onko merkintää yksilöllisestä verenpainetavoitetasosta viimeisen 5 vuoden aikana?			
<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei			
14. Onko merkintää kolesterolitasoista (Kokonais-KOL, LDL,HDL) viimeiseltä 15 kuukaudelta?			
<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei		Jos kyllä, ilmoita viimeisin seerumin kolesterolitaso	
Kokonaiskolesterol:	<div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> mmol/l		
LDL:	<div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> mmol/l		
HDL:	<div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> mmol/l		
15. Onko merkintää verensokeritasosta viimeiseltä 15 kuukaudelta?			
<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei		Jos kyllä, ilmoita viimeisin verensokeritaso	
Verensokeri: ei paastoa	<div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> mmol/l tai	<div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> mmol/l	paastoarvo
16. Onko merkintää, että potilaalla on a) statiinilääkitys tai että b)statiinia on tarjottu viimeisen 15 kuukauden aikana?			
<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei			
17. Onko merkintää, että potilaalla on verenohennuslääkitys (ASA, klopidoorel tai vastaava) vähintään 75 mg päivässä tai varfariinilääkitys tai lääkitystä on tarjottu viimeisen 15 kuukauden aikana tai merkintä vasta-aiheesta?			

<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Potilaalla on verenohennuslääke
--------------------------------	-----------------------------	--

18. Onko merkintää, että influenssarokotusta on tarjottu ainakin kerran viimeisen 15 kuukauden aikana?

<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei
--------------------------------	-----------------------------

Liite 3**Osa 2. Potilaskysely henkilölle, jolla on sepelvaltimotauti**

Potilaskoodi:
Lääkärikoodi:

Arvoisa potilas,

Terveyskeskuksemme osallistuu eurooppalaiseen Epa-Cardio -tutkimukseen, jonka tavoitteena on parantaa sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisyä ja hoitoa Euroopassa.

Olen kiitollinen, jos voitte käyttää muutaman minuutin ajastanne vastaamalla tähän kyselyyn, joka koskee terveydentilaanne ja elintapojaanne.

Teitä hoitava lääkäri on antanut täyden tukensa tälle tutkimukselle.

Olkaa hyvä ja vastatkaa kaikkiin Teitä koskeviin kysymyksiin. Ei ole olemassa oikeita tai vääriä vastauksia. Vastauksia käsitellään täysin luottamuksellisesti eikä tietojanne tallenneta terveystieteiden arkistoon.

Täyttäkää lomakkeet huolellisesti ja palauttakaa täytetyt lomakkeet oheisessa palautuskuoressa. Postimaksu on maksettu puolestanne.

Osallistun tutkimukseen:

☐

En halua osallistua:

☐

Potilaan allekirjoitus

Sydämelliset kiitokset

Vastuulääkäri (leima)

Henkilökohtaiset kysymykset

1. Sukupuoli?

☐ nainen☐ mies

2. Syntymävuosi?

esim.

3. Kuinka monta vuotta yhteensä olette käynyt koulua (kaikki päätoiminen koulu ja opiskelu)?

☐¹ alle 10 vuotta☐² 10 – 13 vuotta☐³ yli 13 vuotta

4. Mikä seuraavista parhaiten kuvaa nykyistä työtilannettanne?

☐¹ Toisen
palveluksess
a☐² Yksityis-
yrittäjä☐³ Työtön☐⁴ Kotona☐⁵ Eläkkeellä☐⁶ Työ-
kyvytön

5. Siviilisääty?

☐¹ Avioliitto /
Avoliitto☐² Naimaton☐³ Eronnut /
asumuserossa☐⁴ Leski

6. Millaiseksi arvioitte terveydentilanne?

☐¹ Erinomainen☐² Oikein hyvä☐³ Hyvä☐⁴ Kohtalainen☐⁵ Huono7. Paljonko painatte ilman kenkiä (kilon tarkkuus)? kg8. Kuinka pitkä olette (sentin tarkkuus)? cm

9. Kuinka kauan olette olleet meidän terveyskeskuksemme potilaana tai asiakkaana?

☐¹ Alle vuosi☐² 1-2 vuotta☐³ 3-7 vuotta☐⁴ 8-12 vuotta☐⁵ yli 13 vuotta

10. Kuinka monta kertaa vuoden aikana (12 kk) käytte yleensä lääkärin vastaanotolla?

☐¹ 0-1 krt☐² 2-3 krt☐³ 4-5 krt☐⁴ 6-7 krt☐⁵ 8-9 krt☐⁶ yli 10 krt

Sairaudet ja oireet

Onko Teillä yksi tai useampia seuraavista sairauksista tai vaivoista? Vastatkaa jokaiseen kysymykseen.

Kohonnut verenpaine	<input type="checkbox"/> ¹ kyllä	<input type="checkbox"/> ² ei
Korkea kolesterol	<input type="checkbox"/> ¹ kyllä	<input type="checkbox"/> ² ei
Diabetes	<input type="checkbox"/> ¹ kyllä	<input type="checkbox"/> ² ei
Rasitusrintakipu	<input type="checkbox"/> ¹ kyllä	<input type="checkbox"/> ² ei
Sydäninfarkti	<input type="checkbox"/> ¹ kyllä	<input type="checkbox"/> ² ei
Sepelvaltimotauti, pallolaajennus	<input type="checkbox"/> ¹ kyllä	<input type="checkbox"/> ² ei
Sepelvaltimotauti, ohitusleikkaus	<input type="checkbox"/> ¹ kyllä	<input type="checkbox"/> ² ei
Sydämen vajaatoiminta	<input type="checkbox"/> ¹ kyllä	<input type="checkbox"/> ² ei
Aivoverenkiertohäiriö	<input type="checkbox"/> ¹ kyllä	<input type="checkbox"/> ² ei
Aivohalvaus	<input type="checkbox"/> ¹ kyllä	<input type="checkbox"/> ² ei
Katkokävely	<input type="checkbox"/> ¹ kyllä	<input type="checkbox"/> ² ei
Masennus	<input type="checkbox"/> ¹ kyllä	<input type="checkbox"/> ² ei
Astma, keuhkohtaumatauti	<input type="checkbox"/> ¹ kyllä	<input type="checkbox"/> ² ei
Maha-, pohjukaissuolihaava tai närästys	<input type="checkbox"/> ¹ kyllä	<input type="checkbox"/> ² ei
Osteoporoosi	<input type="checkbox"/> ¹ kyllä	<input type="checkbox"/> ² ei
Syöpä	<input type="checkbox"/> ¹ kyllä	<input type="checkbox"/> ² ei
Niveltulehdus, reuma, reumatismi	<input type="checkbox"/> ¹ kyllä	<input type="checkbox"/> ² ei

Kysymyksiä lääketieteellisestä hoidosta

Onko Teitä koskaan lähetetty sydänkuntoukseen?	<input type="checkbox"/> ¹ Kyllä	<input type="checkbox"/> ² Ei	<input type="checkbox"/> ³ En tiedä
Onko Teiltä koskaan kysytty saamanne hoidon laadusta (esim. kyselylomakkeella)?	<input type="checkbox"/> ¹ Kyllä	<input type="checkbox"/> ² Ei	<input type="checkbox"/> ³ En tiedä

Mielipiteenne saamastanne palvelusta terveyskeskuksessamme käytyänne lääkärin vastaanotolla viimeisen vuoden (12 kk) aikana:	heikko	kohtalainen	hyvä	erittäin hyvä	erinomainen
	1	2	3	4	5
1 Teille oli varattu riittävästi aikaa	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
2 Henkilökohtaisesta tilanteestanne oltiin kiinnostuneita	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
3 Lääkärille oli helppo kertoa omista ongelmista	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
4 Saitte vaikuttaa hoitoon	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
5 Teitä kuunneltiin	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
6 Tietojanne käsiteltiin luottamuksellisesti	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
7 Saitte nopean lievityksen oireisiinne	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
8 Teitä auttiin oimaan niin hyvin, että pystyitte suoriutumaan normaaleista päivän askareista	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
9 Tutkimusten ja hoidon perusteellisuus	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
10 Lääkärin tekemä tutkimus	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
11 Palvelujen tarjoaminen sairauksien ennalta ehkäisemiseksi	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
12 Lääkäri selvitti kokeiden ja hoitojen tarkoituksen	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
13 Lääkäri kertoi, mitä halusitte tietää oireistanne ja sairauksistanne	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
14 Lääkäri auttoi käsittelemään terveydentilaanne liittyviä henkisiä ongelmia	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
15 Lääkäri kertoi ohjeiden noudattamisen tärkeydestä	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
16 Lääkäri on kertonut aikaisempien käyntien tutkimustuloksista	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
17 Teitä valmisteltiin siihen, mitä on odotettavissa erikoislääkärin luona tai sairaalahoidossa	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

Kysymyksiä lääketieteellisestä hoidosta (jatkuu)

Kysymyksiä lääketieteellisestä hoidosta (jatkuu)						
Mielipiteenne saamastanne palvelusta terveyskeskuksessamme käytyänne lääkärin vastaanotolla viimeisen vuoden (12 kk) aikana:		heikko	kohtalainen	hyvä	erittäin hyvä	erinomainen
		1	2	3	4	5
18	Henkilökunnan avuliaisuus (muut kuin lääkärit)	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
19	Sopivan vastaanottoajan saaminen	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
20	Puhelimitse yhteyden saaminen vastaanotolle	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
21	Mahdollisuus puhua lääkärin kanssa puhelimesta	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
22	Odotusaika vastaanotolla	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
23	Nopean palvelun järjestäminen kiireellisissä terveysongelmissa	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

Potilaan arvio pitkäaikaisen hoidon laadusta

Terveenä pysyminen on vaikeaa, kun teillä on krooninen sairaus. Haluaisimme tietää, minkä tyyppistä apua tarvitsette tilanteeseenne omalta lääkärinne ja hoitajanne. Vastauksianne käsitellään luottamuksellisesti eikä tietoja luovuteta muille.

Miettikää sepelvaltimotautiin saamaanne hoitoa viimeisen kuuden kuukauden aikana. (Jos siitä on enemmän kuin kuusi kuukautta, kun olette käyneet lääkärin tai hoitajan vastaanotolla, miettikää tällöin viimeisintä käyntiänne.)

	Ei juuri koskaan	Yleensä ei	Joskus	Useimmiten	Melkein aina
	1	2	3	4	5
Mielipidettäni kysyttiin hoitosuunnitelmani laatimisessa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minulle annettiin eri hoitovaihtoehtoja mietittäväksi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kanssani keskusteltiin lääkkeisiin tai niiden vaikutukseen liittyvistä ongelmista.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minulle annettiin kirjallinen lista asioista, joita minun kannattaisi tehdä terveydentilani parantamiseksi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olen tyytyväinen saamani hoidon järjestelyihin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minulle osoitettiin, kuinka omat tekemiseni vaikuttavat terveydentilaani.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kanssani keskusteltiin hoitotavoitteista.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minua autettiin ruokailu- ja liikuntatottumusten parantamisessa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sain kopion hoitosuunnitelmastani.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minua rohkaistiin menemään sellaiseen ryhmään, josta saisin apua tulla toimeen sairauteni kanssa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minulta kysyttiin tai selvitettiin terveystäyttämistäni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varmistettiin, että lääkäri tai hoitajani miettivät elämänarvojeni ja -tapojani suositellessaan minulle hoitoja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minulle laadittiin sellainen hoitosuunnitelma, jonka pystyisin toteuttamaan jokapäiväisessä elämässäni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Minua autettiin etukäteissuunnitelmien tekemisessä niin,
että voisin hoitaa itseäni myös vaikeina aikoina.

☐☐☐☐☐

Potilaan arvio kroonisista sairauksista (jatkuu)

Miettikää sepelvaltimotautiin saamaanne hoitoa viimeisen kuuden kuukauden aikana. (Jos siitä on enemmän kuin kuusi kuukautta, kun olette käyneet lääkärin tai hoitajan vastaanotolla, miettikää tällöin viimeisintä käyntiänne.)

	Ei juuri koskaan	Yleensä ei	Joskus	Useimmiten	Melkein aina
	1	2	3	4	5
Minulta kysyttiin, kuinka krooninen sairaus vaikuttaa elämääni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minuun otettiin yhteyttä käynnin jälkeen ja kysyttiin, kuinka minulla menee.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minua rohkaistiin ottamaan osaa järjestöjen toimintaan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minulle annettiin lähete ravitsemusterapeutille tai erikoislääkärille.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minulle kerrottiin, kuinka käyntini erikoislääkärillä voisi helpottaa hoitoani.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minulta kysyttiin, kuinka erikoislääkärillä käynti sujui.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minulta kysyttiin, mistä sairauteeni liittyvästä asiasta haluaisin keskustella vastaanotolla.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minulta kysyttiin, kuinka työni, perheeni tai sosiaalinen tilanteeni vaikutti sairauteni hoitoon.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minua autettiin suunnittelemaan, kuinka voisin saada tukea ystäviltäni, perheeltäni tai yhteisöltäni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minulle kerrottiin, kuinka tärkeitä ovat ne sairauteeni liittyvät asiat, joita itse teen (esim. liikunta).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asetimme yhdessä tavoitteet pitääkseni itseni kunnossa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minulle annettiin vihko tai seurantalomake, johon voin merkitä edistymiseni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kysymyksiä lääkityksen noudattamisesta

Lääkitys

Kyllä

Ei

Käytättekö lääkkeitä säännöllisesti?

☐¹
☐²

Jos ette käytä, siirtykää seuraavalle sivulle!

Jos käytätte, jatkakaa tästä:

1 Unohdatteko koskaan ottaa lääkkeenne?

☐¹
☐²

2 Oletteko joskus huolimaton lääkkeiden käytössä?

☐¹
☐²

3 Kun vointinne on parempi, lopetatteko aika ajoin lääkkeiden käytön?

☐¹
☐²

4 Kun tunnette vointinne huonoksi ottaessanne lääkkeenne, lopetatteko lääkityksen?

☐¹
☐²

Kysymyksiä terveydentilastanne

Laittakaa rasti ruutuun, joka parhaiten kuvaa terveydentilaanne tällä hetkellä.

Laittakaa vain yksi rasti joka ryhmään.

1 Liikuntakyky

- Minulla ei ole ongelmia liikkumisessa ☐
- Minulla on hieman ongelmia liikkumisessa ☐
- Olen vuoteen oma ☐

2 Itsestä huolehtiminen

- Minulla ei ole ongelmia itseni hoidossa ☐
- Minulla on hieman ongelmia peseytymisessä ja pukeutumisessa ☐
- En pysty itse peseytymään tai pukeutumaan ☐

3 Normaalit toiminnot (esim. työ, opiskelu, kotityöt, perhe tai vapaa-aika)

- Minulla ei ole ongelmia selviytyä normaaleista toiminnoista ☐
- Minulla on jonkin verran ongelmia selviytyä normaaleista toiminnoista ☐
- En kykene selviytymään normaaleista toiminnoista ☐

4 Kipu / toiminnan vajeus

- Minulla ei ole kipuja tai toiminnan vajeusta ☐
- Minulla on kohtalaisesti kipuja tai toiminnan vajeusta ☐
- Minulla on erittäin paljon kipuja tai toiminnan vajeusta ☐

5 Ahdistus / Masennus

- En ole ahdistunut tai masentunut ☐
- Olen kohtalaisesti ahdistunut tai masentunut ☐
- Olen erittäin ahdistunut tai masentunut ☐